Aus der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. K. Kochsiek

VERGLEICH ALLGEMEINÄRZTLICHER TÄTIGKEIT IN EINER EINZEL - UND GEMEINSCHAFTSPRAXIS

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Günter Bedenk

aus Knetzgau

Würzburg, den 3.11.1980

1981

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. K. Kochsiek

VERGLEICH ALLGEMEINÄRZTLICHER TÄTIGKEIT IN EINER EINZEL - UND GEMEINSCHAFTSPRAXIS

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Günter Bedenk

aus Knetzgau

Würzburg, den 3.11.1980

Referent:	Prof. Dr. med. L. Maiwald
Korreferent:	Prof. Dr. med. K. Kochsiek
Dekan:	Prof. Dr. med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 23. 2. 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 3
II. Allgemeiner Teil 5

A. Allgemeinärztliche Tätigkeit 6
1.1. Charakteristische Merkmale 6
1.2. Unterschiede zur internistischen Fachpraxis 12
1.3. Begründungen für den Aufbau von Gemeinschaftspraxen 15
B. Die Bedeutung der ärztlichen Beratung für die Therapie von Allgemeinerkrankungen 19
1.1. Bisherige Erfahrungen 19
1.2. Wandel der Beratungsbewertung 20
1.3. Schwierigkeit der reinen Informationsvermittlung 22
C. Der Zeitfaktor als veränderndes Moment des Arzt-Patienten-Verhältnisses 23
1.1. Frühere Bedeutung 23
1.2. Wandel der Bewertung 23
1.3. Der Zeitfaktor als diagnose- und therapiegefährdendes Moment 24

III. Problemstellung 25

IV. Material und Methode 27
Praxisauswahl 28
Materialsammlung 28
Methode der Aufschlüsselung 30
Art der Auswertung 30

V. Ergebnisse 35
A. Ergebnisse in der Praxis W 36

B. Ergebnisse in der Praxis M/U 48
C. Vergleich der Ergebnisse 56
D. Zusammenfassung der Ergebnisse 95

VI. Diskussion 99

A. Diskussion der Methode 100
B. Diskussion der Ergebnisse 103
C. Die Bedeutung für die Einschätzung der Arbeit des Allgemeinarztes 135

VII. Allgemeine Zusammenfassung 139

VIII. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 145

IX. Literaturverzeichnis 147

Kapitel I

E I N L E I T U N G

Das Schwergewicht allgemeinärztlicher Tätigkeit liegt einerseits auf dem Gebiet der Nachsorge und der Erkennung, aber auch der Beratung bei auftretenden Gesundheitsstörungen des Patienten.

Die Gewichtung der Arbeit ist in der Allgemeinpraxis grundsätzlich eine andere als bei klinisch ärztlicher Tätigkeit, welche den Patienten nur für kurze Zeit und relativ selten zu betreuen erlaubt.

In der vorliegenden Untersuchung werden die Aufgaben des Allgemeinarztes analysiert. Hierzu dient eine gut organisierte Praxis eines Einzelarztes, welche schon seit fünf Jahren besteht und eine erst vor einem Jahr errichtete Gemeinschaftspraxis. Ziel der Untersuchung war zu zeigen, in welcher Weise die Gemeinschaftspraxisarbeit auch ärztliche Entscheidungen beeinflußt, bzw. die Zuwendung an den Patienten modifiziert.

Kapitel II

ALLGEMEINER TEIL

A. Allgemeinärztliche Tätigkeit

1.1. Charakteristische Merkmale

Die ambulante Krankenbehandlung wurde früher fast ausschließlich vom praktischen Arzt übernommen. Durch die ständige Zunahme des medizinischen Wissens und des technischen Fortschritts und der damit verbundenen Spezialisierung haben sich in letzter Zeit vermehrt Fachärzte niedergelassen. Im Verhältnis zum Jahr 1972 war am 1.1.1977 die Zahl der in freier Praxis tätigen Allgemeinärzte um 0,14 Prozent, die der Fachärzte um 24,0 Prozent höher.[56]

Die Beteiligung der Spezialisten an der primärärztlichen Versorgung ist möglich, da die Patienten in der Bundesrepublik im Gegensatz zu den Niederlanden, Großbritannien, Ungarn und der DDR einen Facharzt auch ohne Überweisung konsultieren können. [56] Dennoch suchen die meisten Kranken auch heute zunächst einen praktischen Arzt auf. Je nach Ausbildung und Erfahrung wird er die notwendigen Maßnahmen entweder selbst durchführen oder an einen Spezialisten überweisen. Da der Patient aus seinen Krankheitssymptomen oft nicht erkennen kann, welche Fachdisziplin für ihn die optimale Versorgung bringt [51], hat der Praktiker eine wichtige Verteilerfunktion. Insofern hat sich das Berufsbild des praktischen Arztes geändert. "Der frühere praktische Arzt, der noch selbst alles diagnostizierte und therapierte, wurde zum wichtigen Verbindungsglied in der ärztlichen Versorgung." [53]

Vor der weiteren Beschreibung der für die Allgemeinmedizin charakteristischen Merkmale, wird die vom Ärztetag gegebene Definition des Fachgebietes aufgezeigt: "Die Allgemeinmedizin umfaßt den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und -behandlung, sowie die Gesundheitsführung der Patienten, unabhängig von Alter, Geschlecht und

der Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen daher in der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankung, in der Vorsorge und in der Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Krankheiten, in der Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, in der ärztlichen Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und in der Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens." (Zitat nach I39I)

Die genannte Definition gilt für den Facharzt für Allgemeinmedizin, dessen Tätigkeitsfeld jedoch dem des praktischen Arztes entspricht. Beide unterscheiden sich durch die Weiterbildung. Als Arzt für Allgemeinmedizin wird anerkannt, wer eine Weiterbildungszeit von vier Jahren absolviert hat und dabei zeitlich festgelegte Tätigkeiten in der Inneren Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin nachweisen kann. Die Berufsbezeichnung "praktischer Arzt" kann der Arzt beantragen, der nach der Approbation eine Vorbereitungszeit von sechs Monaten abgeleistet hat. Daneben sind es jedoch vor allen Dingen Fachärzte, die sich nach einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem Spezialfach als praktische Ärzte niederlassen. Dies ist heute nicht mehr so häufig, da seit dem Jahr 1960 die Zulassungsbeschränkung für Spezialisten aufgehoben ist. Nach dieser Regelung können sich nun auch Fachärzte am Ort ihrer Wahl niederlassen. I56I Im folgenden wird kein Unterschied zwischen Allgemeinarzt und praktischem Arzt gemacht.
Den in der Definition genannten Aufgaben entspricht eine uneingeschränkte horizontale Kompetenz in den einzelnen Fachbereichen. Das heißt, daß der Allgemeinarzt Leistungen aller Fachrichtungen durchführen darf. I56I Das medizinische Angebot in den einzelnen Disziplinen wird er nach

seiner klinischen Ausbildung, der im Verlauf der praktischen Tätigkeit gewonnenen Routine und dem regionalen Bedarf einrichten. Besonders im Zeitalter der Spezialisierung braucht der Kranke einen Arzt, der zunächst für alle medizinischen Fragen zuständig ist und falls erforderlich, weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen veranlaßt. Damit wird eine effektive Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten gewährleistet. Ohne Allgemeinarzt wäre für den Patienten das Angebot an medizinischen Leistungen inzwischen unüberschaubar geworden. Der Hausarzt benötigt dazu jedoch "detaillierte und zutreffende Informationen über alle in der Region angebotenen ärztlichen Leistungen und Ihre Indikationen". I53 I

Die allgemeinärztliche Tätigkeit ist durch eine praktische Individualbehandlung charakterisiert. Im langjährigen Umgang mit den Patienten erfährt der Allgemeinarzt die kennzeichnenden Merkmale. Auch eine intensive Anamnese kann manchmal nur Fragmente erfassen. Die Beobachtung der Patienten ist für den praktischen Arzt bedeutend, da er sie in ihrer natürlichen Umgebung kennenlernt. Daher ergeben sich für ihn sowohl in der Diagnose als auch der Therapie entscheidende Hinweise, die im Krankenhaus häufig erst durch langwierige und meist auch kostspielige Untersuchungen aufgedeckt werden. Lebensweise, Arbeits- und Berufswelt, familiäre Belastungen und Dispositionen und genetische Faktoren müssen nicht erst erfragt werden. Viele dieser Fragen werden bei klinischer Behandlung unvollständig beantwortet. Damit ergibt sich auch, daß der Praktiker bei einer erforderlichen Weiterbetreuung durch einen anderen Arzt wertvolle Hinweise geben kann.

Die gute Kenntnis der Patienten hilft dem Allgemeinarzt ferner bei der Behandlung chronisch Kranker. Diese Patienten leiden meist unter mehreren Gesundheitsstörungen. Da es sich außerdem häufig um ältere Kranke handelt, wird in der

Primärversorgung ein Arzt benötigt, der ein großes Spektrum verschiedenartiger Krankheiten kompetent behandeln kann. Besonders alte Menschen brauchen eine Bezugsperson, die motiviert und in der Lage ist, die erforderlichen Maßnahmen selbst zu ergreifen. Nicht selten werden ältere Patienten mit erheblich fortgeschrittenen Erkrankungen in Kliniken eingewiesen. Dabei werden auch Kranke angetroffen, bei denen ein maligner Prozeß bereits zu sichtbaren Zerstörungen geführt hat. Viele dieser Patienten suchten vorher keinen Arzt auf, sondern therapierten sich selbst. Dies kann am ehesten der Praktiker abbauen, wobei er auf die Mitarbeit der Familienangehörigen angewiesen ist. Dem Allgemeinarzt kommt dabei zugute, daß er unter allen weiteren Ärzten am besten über die häuslichen Gegebenheiten informiert ist. Der praktische Arzt übt seine Tätigkeit unmittelbar im persönlichen Lebensbereich des Patienten aus. "Es besteht eine örtliche Identität der Lebensbereiche von Patient und Arzt." I23I Diese Verbundenheit macht die Zusammenarbeit eindringlicher. Den Erfolg oder Mißerfolg seiner Beratung und Behandlung sieht der Allgemeinarzt auch auf der Straße, wenn er dem Patienten begegnet.

Weiteres Merkmal allgemeinärztlicher Tätigkeit sind die vorgenommenen Hausbesuche. Zum Beispiel hatten die Allgemeinärzte im 4. Quartal 1972 einen Anteil von 91% aller im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Freiburg durchgeführten häuslichen Besuche.I23I
Besonders in ländlichen Gebieten erfolgt die Betreuung ganzer Familien, unter Umständen mehrerer Generationen. Die langjährige Beziehung ermöglicht auch hier eine individuelle Beratung. Häufig werden die Patienten über längere Zeit betreut, wobei die Führung psychisch Kranker und die Hausbehandlung von Pflegefällen von besonderer Bedeutung sind. Eine weitere Aufgabe besteht in der Teilnahme am Rettungswesen. Dies ist besonders in ländlichen Gebieten wichtig.

Da dem praktischen Arzt weniger Apparate zur Verfügung stehen, ist der diagnostische Ablauf in der Allgemeinpraxis anders als in der spezialisierten Medizin. Zunächst wägt der Praktiker die Schwere einer Erkrankung ab. Oft setzt er "mit einer weiterführenden Diagnostik erst dann ein, wenn Abweichungen vom normalen Krankheitsverlauf eintreten." I53I Häufig muß eine bestimmte Therapie eingeleitet werden, ohne daß die exakte Bestätigung für die vermutete Diagnose vorliegt. Neben einem breiten Basiswissen hilft dem Allgemeinarzt die gute Kenntnis des Patienten über viele Jahre hindurch.

Die Diagnostik erschwert zudem der große Anteil an Hausbesuchen. "Am häuslichen Krankenbett kann sich der Arzt zur Diagnosestellung nur der Angaben der Kranken, der Familienangehörigen und des mit nur wenigen Hilfsmitteln erhobenen Befundes bedienen. Auf größere Instrumente und Apparaturen, wie sie im Krankenhaus zur Verfügung stehen, muß er vorerst verzichten und sofort mit der Therapie beginnen. Trotzdem erwartet der Patient gleich diagnostische Angaben des Arztes." I14I Die genannten Punkte können zu einer verzögerten Diagnosestellung führen. Im Kapitel VI werden die Mittel beschrieben, mit denen er Nachteile für die Patienten abzuwenden versucht. Gleichwohl ist es die besondere Aufgabe des praktischen Arztes, seine Möglichkeiten kritisch einzuschätzen und die vorgebrachten Beschwerden genau zu beachten.

Der Allgemeinarzt bietet eine patientenzentrierte Medizin. "In der Praxis wird Diagnostik überwiegend nur ein gezielt eingesetztes Mittel zum Zweck der Gewinnung einer Handlungsanweisung sein, in der Klinik mag Diagnostik oft zum Selbstzweck degenerieren, je bedeutender die Klinik, umso größer ist die Verführung dazu." I43I Der Hausarzt versucht, die vom Kranken geschilderten Klagen und seine Symptome "als Ausdruck der einmaligen Individualität des Patienten, seiner Spannungen, Konflikte und Probleme zu verstehen."I 3I Dagegen ist die Medizin des Spezialisten häu-

fig krankheitszentriert. Das bedeutet,"daß der Arzt die Beschwerden, Klagen und Symptome im Sinne von(körperlichen) Krankheiten verstehen muß, d.h. als pathologisch veränderte Teile oder Teilfunktionen des Körpers." [3] Um eine gute Patientenversorgung zu ermöglichen, sollte hieraus jedoch keine Rivalität zwischen spezialistisch und allgemeinärztlich geprägter Medizin abgeleitet werden. Die durch die moderne Technik geschaffenen Möglichkeiten können dann sinnvoll eingesetzt werden, wenn die Individualität des Kranken berücksichtigt und die verschiedenen Organ- und Funktionssysteme nicht isoliert betrachtet werden. Psychosomatische Zusammenhänge, die vom Allgemeinarzt während der langen Behandlungsdauer entdeckt wurden, können dabei keinen geringeren Stellenwert haben, als Laborwerte und sonstige Untersuchungsergebnisse. Der Allgemeinarzt wird benötigt, da nicht in der Klinik, sondern "vor allem die Belastungssituation des Alltages entscheidet über den Wert einer neuen Behandlungsmethode." [54] Die Allgemeinmedizin"bekommt zunehmende Bedeutung, je mehr die Spezialisierung fortschreitet; sie hat die Aufgabe, Einseitigkeiten der Spezialfächer auszugleichen, für ihre Koordination und Kooperation zu sorgen." [54]

Der Arbeitsbereich des Allgemeinarztes umfaßt die Erkennung und Behandlung verschiedenartiger Erkrankungen und Gesundheitsstörungen. Diese gehören den unterschiedlichen Fachbereichen an. Die Kompetenz des praktischen Arztes beinhaltet somit die Therapie fieberhafter Infekte wie die Endzustände maligner Geschehen. Mißverständnisse zwischen Klinik und Allgemeinmedizin beruhen oft auf der Tatsache, daß die Häufigkeitsverteilung der Krankheiten in beiden Bereichen grundsätzlich verschieden ist. In einer Untersuchung kamen auf 1000 Diagnosen, die in fünf Allgemeinpraxen gestellt wurden, nur vier Malignome, 12 frische Frakturen, zwei Koronarinfarkte. [43] Diese in der Allgemeinpraxis relativ seltenen Erkrankungen sind in der Klinik häufig. Umgekehrt werden bestimmte Gesundheitsstö-

rungen im Krankenhaus fast gar nicht beobachtet, die beim praktischen Arzt jedoch an der Spitze der Häufigkeitsverteilung liegen.
Eine weitere wichtige Aufgabe des Allgemeinarztes besteht in der Früherkennung von Krankheiten. "Er wird hier zum Spezialisten für die Probleme der Frühdiagnose und Vorfelddiagnostik, die die Klinik verständlicherweise kaum zu Gesicht bekommt. Durch diese Siebfunktion der Allgemeinpraxis wird die spezifische Aufgabe der höheren medizinischen Dienste erst möglich gemacht, da diese dadurch nicht überlaufen und von Bagatellfällen zweckentfremdet blockiert werden." I28I

1.2. Unterschiede zur internistischen Fachpraxis

Entsprechend der in der Weiterbildungsordnung gegebenen Definition gehören zur internistischen Tätigkeit folgende Aufgaben: "Das Fachgebiet Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen Erkrankungen, der internen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, der Prophylaxe und Rehabilitation." (Zitat nach I39I)

Die Tätigkeit des Internisten umfaßt also nicht den gesamten Lebensraum des Patienten, für den der Allgemeinarzt zuständig ist. Trotz dieser Einschränkung besitzt der Facharzt für Innere Krankheiten im Vergleich zu den übrigen Spezialisten eine relativ breite Handlungsfähigkeit. Durch die steigende Zahl der niedergelassenen Internisten werden von diesen zum Teil auch hausärztliche Funktionen übernommen. Das besondere Verhältnis der Allgemeinmedizin und der

Inneren Medizin wird auch dadurch betont, daß die häufigsten Beratungen des praktischen Arztes zum internistischen Gebiet zählen. In einer Statistik wurde ermittelt, daß in großstädtischen Allgemeinpraxen 73,4 Prozent, in kleinstädtischen Allgemeinpraxen 70,7 % und in Landpraxen 68,1 Prozent internistisch geprägt sind. I24I
Dennoch ergeben sich grundsätzliche Unterschiede zwischen den hier zu berücksichtigenden medizinischen Bereichen. Der Allgemeinarzt ist in der Diagnostik auf einfache Methoden angewiesen, da er nicht die spezialisierten Untersuchungsverfahren aller Fächer besitzen und anwenden kann. Da der Internist eine klar definierte, fachbegrenzte Aufgabe hat, ist er in der Lage, Geräte einzusetzen, die eine intensivere Diagnostik ermöglichen. Als Beispiel werden Röntgenverfahren, die Endoskopie und erweiterte Laborverfahren genannt.
Der praktische Arzt ist hingegen mehr"auf Beachtung von Fein-, Früh- und Mikrosymptomen" I42I angewiesen. Die Registrierung der Krankheitsanzeichen ermöglicht es ihm, eine ernstliche Gesundheitsstörung zu erkennen. Dies ist eine "basale methodische Sicherheit." I42I Die genaue Abklärung, das heißt, die Feststellung, welches Organ betroffen ist, bzw. der Ausschluß von Erkrankungen im internen Fachgebiet bleibt in der Regel dem Spezialisten überlassen. Der Einsatz der apparativen Medizin und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, gibt dem Internisten die Möglichkeit einer exakten Differentialdiagnostik.
In der Allgemeinmedizin wird die Diagnose meist nicht bei einem einmaligen Besuch gestellt. Vielmehr gibt der Krankheitsverlauf und der Therapieerfolg retrospektiv Aufschluß darüber, ob die vermutete Diagnose richtig war. Insofern ist im zuletzt genannten medizinischen Bereich die Gefahr geringer, durch die kurze Beobachtungszeit ein "momentanes, meist aber unvollständiges Querschnittsbild des Kranken"I43I zu erhalten. Andererseits können die in der Fachpraxis gewonnenen Untersuchungsergebnisse objektiv mit später durchge-

führten Kontrollen verglichen werden.

Während die gute Kenntnis der Patienten für die Allgemeinpraxis ein charakteristisches Merkmal darstellt, spielt sie in der internistischen Praxis nur selten eine Rolle. Manche Kranke werden jedoch über längere Zeit gemeinsam vom Hausarzt und dem Facharzt für Innere Krankheiten betreut. In der Regel nimmt der Internist eine mit Hilfe spezialisierter Untersuchungsverfahren gewonnene Begutachtung vor. Die von ihm vorgeschlagene Behandlung führt dann meist der praktische Arzt durch. Durch seine Mitwirkung an der Therapie kann der Allgemeinarzt somit der Gefahr begegnen, daß psychosomatische Zusammenhänge außer Acht gelassen werden.

Die ablehnende Haltung vieler Kritiker zur Allgemeinmedizin, "erfolgte etwa unter der Vorstellung:Würde man zur Erstversorgung die Internisten heranziehen,"I12 I so wären Ärzte an der Basisversorgung beteiligt, "die zumindest ein Fach verstünden. Der Praktische Arzt hingegen betriebe bestenfalls eine Schmalspurmedizin, die nicht allzusehr abfalle. Aber letztlich erreiche er in bezug auf kein einziges klinisches Fach ein akzeptables Niveau." I12 I Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Allgemeinmediziner derzeit etwa 60 Beratungen je Arbeitstag durchführen. Würden diese Behandlungen ausschließlich von Internisten durchgeführt, müßten auch sie "sich mit einem diagnostischen Zeitaufwand von wenigen Minuten je Fall begnügen." I12 I Ferner wären sie gezwungen, "vom anerzogenen Durchuntersuchungsprinzip" I12 I abzugehen. Da sie für Beratungen aus dem Bereich anderer Fächer nicht ausgebildet wären, müßten sie "einen hohen Prozentsatz ihrer Fälle" I12 I überweisen. Viele Patienten müßten dabei mehrere Spezialisten aufsuchen. "Durch deren rasche Blockierung infolge Überlastung würden sie schnell dazu angehalten, sich auf Grenz-, ja überhaupt auf Nachbargebiete 'einzu-

arbeiten'. Nach langen Umwandlungsprozessen würden schließlich aus Internisten doch wiederum 'funktionell' Allgemeinmediziner werden." I12I

Innerhalb des internen Fachgebietes macht sich eine weitere Spezialisierung bemerkbar. Diese zeigt sich durch die Ausbildung von Gastroenterologen, Kardiologen, Pulmologen, Nephrologen, Hämatologen und Endokrinologen.

1.3. Begründungen für den Aufbau von Gemeinschaftspraxen

Gemeinschaftspraxen von nicht-verwandten Partnern sind möglich, seit der Ärztetag 1968 das aus dem Jahr 1937 stammende Verbot gemeinschaftlicher Berufsausübung aufhob. Bereits 1925 und 1926 wurde eine Berufsordnung erlassen, nach der der Zusammenschluß von Medizinern gleicher Fachrichtung gestattet war. I58I Im Jahr 1956 beschloß der Ärztetag, daß die Eröffnung einer Gemeinschaftspraxis beschränkt bleiben müsse und der Zustimmung der Ärztekammer bedarf. I49I In der vom 71. Deutschen Ärztetag beschlossenen Regelung ist auch diese Einschränkung nicht mehr enthalten. Die Möglichkeit freier Arztwahl muß jedoch in jeder Praxis gegeben sein. I58I

Zunächst soll eine Definition der Begriffe "Apparategemeinschaft," "Praxisgemeinschaft" und "Gemeinschaftspraxis" gegeben werden. Die Praxisgemeinschaft besteht in der gemeinsamen Nutzung von Apparaten und/oder Praxisräumen und/oder Assistenzpersonal durch getrennt behandelnde und abrechnende Ärzte. Der Unterschied zur Apparategemeinschaft liegt darin, daß auch Teile der Verwaltung und Warteräume gemeinsam genutzt werden. I58I Praxisgemeinschaften setzen sich meist aus Ärzten verschiedener Fachbereiche zusammen. "Zielsetzung einer Praxisgemeinschaft ist daher nicht nur die bequeme Realisierung moderner medizinischer Technologie, sondern auch das attraktive Angebot fachübergreifender

Leistungen 'unter einem Dach'." I37I
Die Labor- oder Apparategemeinschaft entwickelte sich am Ende der 50 er Jahre. Durch den Zusammenschluß von Ärzten sollten die für eine Einzelpraxis zu teuren Geräte gemeinsam finanziert und eingesetzt werden. Bis heute haben sich in der Bundesrepublik 500 Laborgemeinschaften gebildet. I37I Die Zugehörigkeit zur letztgenannten Form der Gruppenpraxis beinhaltet lediglich die gemeinsame Nutzung von Geräten und Personal.

Die Gemeinschaftspraxis hat hingegen eine gemeinsame Klientel, die Kartei und die Abrechnungen laufen unter einem Namen. Während die Partner der Praxisgemeinschaft einzeln liquidieren, fließen die Honorare einer Gemeinschaftspraxis auf ein gemeinsames Konto.
Nach dem Bundesarztregister arbeiteten 1977 in der Bundesrepublik 1743 Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis bei nicht verwandtschaftlichem Verhältnis der Partner. Weitere 2061 Ärzte waren in familiären Gemeinschaftspraxen zusammengeschlossen. Im Gegensatz zur USA konnten sich bei uns Kooperativen mit drei und mehr Ärzten nicht durchsetzen. I49I

In einer Studie über Gruppenpraxen in den USA wurden amerikanische Ärzte nach den Motiven ihres Zusammenschlusses befragt. Als wesentlichen Grund gaben sie an, sich für die Eröffnung einer Einzelpraxis zu unsicher zu fühlen. I61I
Auch bei guter klinischer Ausbildung muß der Arzt in freier Praxis neue Aufgabenbereiche bewältigen. Das Gefühl, nun alleinverantwortlich für den Patienten zu sein, veranlaßt manche Mediziner, eine Gemeinschaftspraxis zu eröffnen. Auftretende Zweifel bei der Bewertung eines Krankheitsbildes können mit dem Kollegen besprochen werden. Dies führt gleichzeitig zu einer ständigen Fortbildung untereinander. Dadurch wird eine größere Sicherheit in Diagnose und Therapie gewährleistet. Die Partner können ihre während der Weiterbildung in eventuell unterschiedlichen Fachbereichen

erworbenen Kenntnisse gegenseitig verwerten und somit Überweisungen sparen. Auch für den Patienten ergeben sich Vorteile, da die Ärzte zur gegenseitigen Kontrolle angeregt werden.
Sicher entschließen sich auch viele Ärzte aus finanziellen Gründen zur Eröffnung einer Gemeinschaftspraxis. Trotz Hilfen der öffentlichen Hand und der berufsständischen Organisationen ist die Praxisgründung zunächst mit Verschuldung verbunden. Standortwahl, Raumbeschaffung, Ausstattung mit Geräten und zinsgünstige Finanzierung sind Fragen, die ein Arzt manchmal nicht in alleiniger Verantwortung entscheiden möchte. Häufig sind Zusammenschlüsse auch dadurch ausgezeichnet, daß ein Kollege besondere Erfahrungen im Management besitzt.
In einer Praxis mit mehreren Ärzten ist auch eine bessere Ausnützung der vorhandenen Apparate und des Labors möglich. Besonders wichtig ist dies bei Geräten mit hohen Anschaffungs- und Betriebskosten. Die Ärzte sind zur Wirtschaftlichkeit gezwungen, da sich auf dem medizinischen Sektor ein starker Konkurrenzkampf entwickelt.
Manche ältere Ärzte wählen die Gemeinschaftspraxis, um sich durch Aufnahme eines jüngeren Kollegen stufenweise aus dem Beruf zurückzuziehen. Diese Form des Zusammenschlusses wird als Nachfolgegemeinschaft bezeichnet. Der Vorteil des jüngeren Arztes besteht darin, "sich allmählich in eine schon bestehende Praxis einzuarbeiten und eine schon bestehende Patientenklientel zu übernehmen. Er profitiert von den Erfahrungen des älteren Kollegen und mildert den Sprung in die Niederlassung ab." [37] Vor allen Dingen wird der in eine Nachfolgegemeinschaft eintretende Arzt Fehlinvestitionen eher vermeiden können als ein Mediziner, der eine neue Praxis gründet. [37] Für die Patienten besteht ein Vorteil darin, daß der jüngere Arzt seine klinischen Kenntnisse in die Praxisarbeit einbringt und andererseits von den langjährigen praktischen Erfahrungen des älteren Kollegen profitiert. Interessant ist der Fachgruppenanteil

bei den verschiedenen Formen der Gemeinschaftspraxis. "Bei Nachfolgegemeinschaften unter Nichtverwandten hatten die Allgemeinpraktiker einen Anteil von 23,8 % (während familiäre Nachfolgegemeinschaften zu 70,7 % allgemeinärztliche Praxen waren)." I37 I

Damit wird eine weitere Form der Zusammenarbeit, nämlich die familiäre Gemeinschaftspraxis genannt. Hier arbeiten vorwiegend Ehepartner in einer Praxis zusammen. Die Vorteile liegen darin, daß sich die Ärzte gegenseitig in der Praxistätigkeit abwechseln. Kinder, die in die Praxis ihrer Eltern aufgenommen werden, haben bereits bei Aufnahme ihres Berufes gute Ortskenntnisse. Ferner ist ihnen ein großer Teil der Patienten bekannt.

Ein weiterer Grund für die Eröffnung von Gemeinschaftspraxen ist die Regelung der Arbeitszeit. Dies werden besonders praktische Ärzte anstreben, da sie häufig zu Nacht- oder Wochenendbesuchen gerufen werden. Auch den Sprechstundenbetrieb müssen die Allgemeinärzte manchmal aufgrund dringender Notfälle oder Hausbesuche unterbrechen. Eine kollegiale Absprache ermöglicht den Gemeinschaftsärzten Arbeitsteilung und ausreichende Freizeit.

Ein weiterer Vorteil ärztlicher Zusammenarbeit besteht darin, daß einzelne Partner für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen freigestellt werden können. Die dabei gewonnenen Erfahrungen kommen auch dem Partner zugute.

Im Vergleich zur Einzelpraxis werden die Ärzte auch von Verwaltungsarbeiten entlastet. Die dabei eingesparte Zeit kann zum Beispiel dazu verwendet werden, die eigene Praxis zu erforschen und erfolgreiche therapeutische Maßnahmen zu erarbeiten.

In einer Umfrage bei praktischen Ärzten, die sich im Zeitraum von fünf Jahren vor der Erhebung niederließen, wurde unter anderem auch die Einstellung zur Gemeinschaftspraxis untersucht. 16 der 33 Landärzte und 15 der 49 Stadtärzte hätten bei einer erneuten Entscheidung die Arbeit in einer Kooperative bevorzugt. Bei näherer Aufschlüsselung der Er-

gebnisse zeigte sich, daß jüngere Mediziner eher zur Teamarbeit neigen als ältere. Bereits in einer Gemeinschaftspraxis waren drei der befragten Landärzte und vier Stadtärzte. I13I Vermutlich wird in Zukunft der Anteil der ärztlichen Kooperativen noch weiter steigen. Während die prozentuale Quote der Gemeinschaftspraxisgründungen an den gesamten Neuniederlassungen 1970 noch 9 Prozent betrug, waren es 1976 bereits 25 Prozent. I37I

8. Die Bedeutung der ärztlichen Beratung für die Therapie von Allgemeinerkrankungen

1.1. Bisherige Erfahrungen

Wesentlicher Teil der allgemeinärztlichen Tätigkeit ist die Beratung. Die Art, in der der erste Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, entscheidet darüber, ob und auf welcher Vertrauensbasis die folgenden Gespräche fortgeführt werden.

Die allgemeinärztliche Beratung ist durch eine starke emotionelle Beziehung geprägt. "Die Form allgemeinärztlicher Beratung weist charakteristische Besonderheiten auf. Sie ist eigentlich immer eine Mischung aus einem sachlichen Gespräch über die Gesundheitsstörung des Patienten und einer persönlichen zwischenmenschlichen Unterhaltung." I23 I Der praktische Arzt hat die Möglichkeit, individuelle Ratschläge zu erteilen. Dabei kann er die Kenntnisse verwerten, die er im Laufe der meist langjährigen Behandlung erfahren hat. Auf diese Weise berücksichtigt der Allgemeinarzt auch die persönlichen Eigenarten und die soziale Umwelt des Kranken. In der vorliegenden Untersuchung wurden die von Allgemeinmedizinern durchgeführten Beratungen registriert. Auch dabei wird deutlich, daß der Praktiker nicht nur die bestehende Gesundheitsstörung behandelt, sondern auch prophylaktische Maßnahmen, Fragen der Lebensführung, sowie manchmal nichtmedizinische Probleme erläutert. In der ärztlichen

Sprechstunde werden Ehekonflikte, Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber oder Probleme des Lebensalters besprochen. Die Bedeutung der ärztlichen Persönlichkeit hat Paracelsus mit den folgenden Worten umschrieben: "Der Arzt ist die beste Arzenei." (Zitat nach I17I) Balint nennt dies die "Droge Arzt". (Zitat nach I17I)
Der Allgemeinarzt kann den Therapieerfolg durch intensive Beratungen günstig beeinflussen. Natürlich wird die Reaktion des Patienten nachhaltig davon beeinflußt, wie der Arzt selbst seine Gesundheitsführung gestaltet. Der Praktiker muß sich im klaren darüber sein, daß die Lebensweise, welche er auch außerhalb der Praxis offenbart, auf die Glaubwürdigkeit seiner Beratung zurückwirkt.
Von praktischer Wichtigkeit ist daneben die Hilfe bei psychosozialen Konflikten, die Anleitung bei der Pflege schwer- und unheilbar Kranker und beratende Gespräche über Fragen der Familienplanung.

1.2. Wandel der Beratungsbewertung

Im Zeitalter der apparativen Medizin wird häufig das Gespräch zugunsten nüchterner Behandlungsmethoden eingeschränkt. "Heute ist der Arzt für die meisten Zeitgenossen entweder ein Techniker von hoher Perfektion, ein Ingenieur der Gesundheit, ein Spezialist im Umgang mit Computern, ein Stratege, ein Manager." I45I Diese Umschreibungen sind gleichzeitig für unsere gesamte Zeit charakteristisch. In der abendländischen Kultur war das Arztbild seit je nicht nur von den Tätigkeiten geprägt, die in der täglichen Praxis vorgenommen wurden. "Dem Bild des Arztes wurde hinzugefügt, was in dieser Epoche als Bedürfnis oder Ideal oder als Notwendigkeit, als Grundbegriff, an den man sich ansiegte oder wiederfand, in Geltung stand." I45 I Der griechische Arzt war zugleich Philosoph. Denn "den Griechen war Philosophie die höchste Möglichkeit des Menschen und wie er sich selbst in dieser Philosophie theoretisch zur

Vollendung seiner Menschlichkeit bringt, so im ärztlichen Handeln auf die Weise der Praxis." I45 I
Die von den naturwissenschaftlichen Erkenntnissen geprägte Zeit des 19. Jahrhunderts machte den Arzt zum Naturwissenschaftler. Seit dem Ende des letzten Jahrhunderts steht die Medizin im Zeichen der Spezialisierung. I45 I
Neben dieser zweifellos auch mit Vorteilen verbundenen Entwicklung, besteht jedoch die Gefahr, den Blick für das Allgemeine zu verlieren. Damit wird das Problem der heutigen Medizin deutlich. "Auch der Arzt muß wieder zum Menschen werden." I45 I Besonders er muß die Grenzen des technisch Machbaren erkennen und die Verhältnismäßigkeit der angewandten Mittel richtig einschätzen können. Auf diese Weise kann der Arzt eine neue Beziehung zu den häufig als Belanglosigkeiten unterbewerteten Problemen des Patienten gewinnen.

Trotz aller notwendigen Organisationen im medizinischen Bereich, muß berücksichtigt werden, daß es sich beim Arzt-Patienten-Verhältnis nicht um eine rein juristische Vertragsbeziehung handelt, wie sie sonst im täglichen Leben vorherrscht. Vielmehr geht es in der ärztlichen Praxis auch um Not und Hilfe. Der Patient vertraut sich einem Arzt an, von dessen Berufsauffassung er Hilfsbereitschaft, vertrauenswürdiges Verhalten und Beratung in schwierigen Problemen erwartet. Natürlich muß der Arzt in der heutigen Zeit auch wirtschaftlich arbeiten. Alle Geschäftigkeit muß jedoch da aufhören, wo der Dienst am kranken Menschen in Gefahr ist, da dann die ärztliche Aufgabe nicht mehr erfüllt und der Arzt zum Medizintechniker wird. Ohne naturwissenschaftliche Methoden wäre die heutige Medizin unvorstellbar und zweifellos auch qualitativ schlechter. Dabei darf der Arzt jedoch das persönliche Gespräch nicht vernachlässigen. Er braucht daneben Zeit zur Besinnung auf sich selbst. "Nur wer lernt,in sich hineinzuhören, auf seine Ängste, seinen Ärger, seine Freude, kann auch lernen, 'ganz Ohr'

zu sein für den anderen." I48I So kann auch im Arzt-Patienten-Gespräch wieder mehr Menschlichkeit verwirklicht werden.

Der Allgemeinarzt hat bei der Beratung einen besonderen Vorteil, denn er kennt den Kranken meist seit längerer Zeit und kann bei seinen Ratschlägen auch die bei Hausbesuchen gewonnenen Erkenntnisse verwerten. Der Patient ist bei einer Erkrankung, unabhängig von der Art der Gesundheitsstörung, immer als ganzer Mensch betroffen und beeinträchtigt. Dem praktischen Arzt kann dabei die Aufgabe zukommen, die verschiedenen medizinischen Möglichkeiten zu koordinieren. "Was letztlich gilt und gültig bleibt, ist nicht ein technischer Service noch so hoher Qualität, nicht auch die Medikation um jeden Preis oder eine noch so perfekt organisierte Betreuung, was gilt, ist die Zuwendung, die Begleitung, der Zuspruch: Ein ärztlicher Dienst." I46I

1.3. Schwierigkeit der reinen Informationsvermittlung

Der Patient möchte nicht nur über die Art und Entstehung seiner Erkrankung Bescheid wissen. In erster Linie interessieren ihn die Maßnahmen, mit denen er seine Heilung unterstützen kann. Konkrete Handlungsanweisungen bedürfen der besonderen Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur und der Umweltbedingungen des Patienten. Ohne diesen Bezug ist die Beratung nicht so effektiv. Die immer häufiger werdenden psychosozialen Erkrankungen zwingen den Arzt, intensive Gespräche mit dem Kranken zu führen. Bei seiner Beratung muß er darauf achten, sich verständlich auszudrücken. Manchmal deutet der Patient Sachverhalte gefährlicher als sie in Wirklichkeit sind. Zudem "klaffen 'die Erlebnisvorgänge des kranken Menschen' und 'die wissenschaftlich-medizinische Betrachtungsweise' der Krankheit einigermaßen auseinander." I30IDie von L.v. Ferber bemerkte "Ähnlichkeit der Sprachstile von Hausarzt und Patient und ihre gemeinsame Distanz zur

wissenschaftlich klinischen Sprache"(zitiert nach BOI), führt in der Allgemeinpraxis wahrscheinlich am ehesten zu einer Verständigung über die Krankheit.
Der Patient fühlt sich durch eine reine Informationsvermittlung nicht vollständig und ausreichend beraten. Auch das Ergebnis der Therapie ist letztlich davon abhängig, ob der Arzt konkret auf die Situation des Individuums eingeht. Denn häufig werden Maßnahmen angeordnet, die der Kranke überhaupt nicht durchführen kann. Sei es, daß sie die Arbeits- und Berufswelt, oder auch die familiären Verhältnisse betreffen.

C. Der Zeitfaktor als veränderndes Moment des Arzt-Patienten-Verhältnisses

1.1. Bisherige Erfahrungen

Ein häufig genanntes Schlagwort bezeichnet die Allgemeinmedizin als "Minutenmedizin". Wie im Ergebnisteil beschrieben, beschäftigten sich mehrere Untersucher mit dem Zeitproblem in der Allgemeinpraxis. Im Kapitel VI werden die Ergebnisse dieser Studien erläutert.

1.2. Wandel der Bewertung

Auch der Mediziner ist in der heutigen Zeit gezwungen,wirtschaftlich zu arbeiten. Dabei besteht jedoch die Gefahr, die Gesprächsdauer nicht mehr dem Bedürfnis des Patienten anzupassen. Um die Praxiskosten zu decken und die investierten Geräte optimal zu nutzen, wird die persönliche Aussprache verkürzt. Medizinisch-technische Diagnostik kann zudem vom ärztlichen Hilfspersonal durchgeführt werden, so daß die Zeit für die persönliche Behandlung des Arztes immer kürzer wird. Nicht zuletzt liegt es wohl auch daran, daß innerhalb der Gebührenordnung zeitraubende Beratungen im Vergleich zu apparativen Leistungen nicht entsprechend

vergütet werden.

1.3. Der Zeitfaktor als diagnose- und therapiegefährdendes Moment

Wenn auch jeder Arzt die ihm zur Verfügung stehende Zeit optimal ausnützen muß, so darf dies nicht auf Kosten der diagnostischen oder therapeutischen Sicherheit geschehen. Der Patient hat ein Anrecht auf bestmögliche Versorgung. Dies muß auch dann berücksichtigt werden, wenn wirtschaftliche Faktoren einen Zeitverlust nicht erlauben. Insbesondere muß dem Kranken die Möglichkeiten gegeben werden, seine Beschwerden darzulegen. Die Gesprächsdauer darf nicht dadurch abgekürzt werden, daß die Äußerungen des Patienten unterbrochen oder voreilig interpretiert werden. Daneben muß auch der unter Zeitdruck stehende Arzt gründliche Untersuchungen durchführen, wenn sie für den Kranken wichtig sind.
"Das Wort: 'Der Arzt selbst ist die beste Medizin' verliert dort seine Gültigkeit, wo diese Medizin mangels Zeit und Kontakt nicht mehr wirken kann." I38I

Kapitel III

PROBLEMSTELLUNG

In der vorliegenden Arbeit sollten im wesentlichen drei Fragen untersucht werden:

1. Welche Besonderheiten ergeben sich bei Aufschlüsselung der Aufgaben des praktisch tätigen Arztes ?

2. Worin besteht der Unterschied in der gut eingeführten Einzelpraxis, verglichen mit einer im Aufbau befindlichen Gemeinschaftspraxis ?

3. Gibt es Hinweise, welche Beratungsfunktion des Arztes und Bedeutung des Zeitfaktors in einer anderen Relation erscheinen lassen ?

Kapitel IV

PRAXISAUSWAHL, MATERIALSAMMLUNG, METHODE DER AUFSCHLÜSSELUNG UND ART DER AUSWERTUNG

Die Einzelpraxis, in der die Untersuchung stattfand, ist die einzige ärztliche Einrichtung in einem Ort mit etwa 5000 Einwohnern. Die nächsten Fachärzte und ein Krankenhaus befinden sich in einer 6 km entfernt liegenden Kreisstadt. Unter den dortigen niedergelassenen Spezialisten ist kein Internist, dagegen ein Orthopäde, ein Ophthalmologe, ein Gynäkologe und ein Pädiater. Das erwähnte Krankenhaus besitzt eine Abteilung für innere Medizin. In der entgegengesetzten Richtung grenzt der Tätigkeitsbereich des Einzelarztes an zwei Allgemeinpraxen, die in drei bzw.neun Kilometer ansässig sind.

Die Gemeinschaftspraxis befindet sich in einer Kleinstadt mit ungefähr 7000 Einwohnern. Am Ort ist eine internistische Gemeinschaftspraxis. Die Ärzte dieser Einrichtung betreuen das interne Krankengut einer Klinik mit Belegabteilung. In der gleichen Stadt sind ferner zwei weitere Allgemeinärzte und eine Kinderärztin niedergelassen. Sowohl die Einzel-, als auch die Gemeinschaftspraxis liegen in vorwiegend ländlichen Gebieten. Größere Kliniken befinden sich jeweils in etwa 30 km Entfernung.

Zunächst wurde ein Erhebungsformular erarbeitet. Es diente dazu, die Arzt-Patienten-Gespräche durch kurze Bemerkungen zu umschreiben. Im Verlauf des Kontaktes zwischen Arzt und Patient erfolgte eine Zuteilung zu den jeweiligen Punkten. Der Erhebungsbogen ist entsprechend der Abbildung IV/1 gestaltet. Die Patientenkennung wurde durch die Initialen des Vor- und Zunamens, durch das Geburtsdatum und Geschlecht erreicht. Daneben wurden eventuelle Dauerdiagnosen eingetragen. Die ursprünglich vorgesehenen Rubriken "Beruf" und "Krankenkasse" konnten nicht berücksichtigt werden. Eine Zuordnung zu den Praxen erfolgte durch das Eintragen des Buchstabens W für Praxis W und M/U für die Gemeinschaftspraxis. Sofern es in der Kürze der Zeit möglich war, ordnete der Untersucher die die Interaktion charak-

terisierenden Stichpunkte bereits während des Gespräches bestimmten Punkten zu. Auf dem Erhebungsbogen sind folgende Spalten aufgeführt: Gespräch, anamnestisches Gespräch, Untersuchung, Eigen-, Fremdlaboruntersuchung, Befund, Zusatzdiagnose, Überweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Rezept, Beratung in nichtmedizinischen Problemen, Beratung in medizinischen Problemen, Prognose, Weiterbehandlung und Sonstiges. In der letztgenannten Rubrik wurden parenterale Medikation und Maßnahmen der kleinen Chirurgie eingetragen. Am Ende der Untersuchung stellte sich heraus, daß die Punkte "Befund," "Prognose" und "Weiterbehandlung" nicht benötigt wurden. Auskünfte über den Schweregrad einer Erkrankung sind der Spalte "Beratung in medizinischen Problemen" zugeteilt.

Als Gespräch wurden Äußerungen bezeichnet, die weder mit der Medizin im allgemeinen, noch mit der Gesundheitsstörung des Patienten im Zusammenhang standen. Unter den Begriff "anamnestisches Gespräch" fällt die Schilderung des Kranken über seine augenblicklichen Beschwerden und die Erhebung der Vorgeschichte durch den Arzt. Bei der Beratung wurde zwischen nichtmedizinischen und medizinischen Problemen unterschieden. Letzteres beinhaltet insbesondere die Aufklärung über Art und Entstehung der Krankheit, die geplanten therapeutischen Maßnahmen, sowie notwendige Untersuchungen.

Die Gesprächsdauer wurde mit Armbanduhr gemessen. Auf dem Erhebungsbogen erfolgte der Eintrag der Uhrzeit, bei der die Behandlung begann und endete. Hieraus errechnete sich die benötigte Zeit. Die Angabe bezieht sich dabei nur auf die Tätigkeit des Arztes. Zeitunterbrechungen wurden berücksichtigt. Die vom Personal vorgenommenen Leistungen sind nicht gezählt. Daher enthält das vorliegende Material auch keine Angaben über erbrachte physikalische Therapie, da die Behandlung mit Kurzwelle, Infrarot oder ähnlichen Geräten

erfolgt meist durch das ärztliche Hilfspersonal.

Im Erhebungszeitraum wurden in der Einzelpraxis 666 und in der Gemeinschaftspraxis 221 Arzt-Patienten-Kontakte registriert. Als Untersuchungszeitraum waren zwei aufeinanderfolgende Wochen festgelegt. Nicht gezählt wurden Nachtbesuche, sowie Sonn- und Feiertagsbehandlungen.

Mit Ausnahme eventueller Dauerdiagnosen und der Vervollständigung der Patientenkennung, erfolgten alle Eintragungen bereits während des Gesprächs zwischen Arzt und Kranken.

Zunächst wurden die Belege sortiert und überprüft, ob Mehrfachbestellungen einzelner Patienten zu verzeichnen waren.

Die Auswertung begann mit der Errechnung der absoluten, relativen und kumulativen Häufigkeiten. Zur Angabe weiterer Größen wurden verwendet.

- Mittelwert
- Median
- Maximum, der größte Wert einer Reihe von Werten wurde auch als Modus bezeichnet.
- Minimum

Zur Veranschaulichung der Resultate sind im Ergebnisteil 20 Tabellen und eine graphische Abbildung aufgeführt. 16 Tabellen bringen eine Gegenüberstellung der in den beiden Praxen gesammelten Werte. Drei Aufstellungen zeigen nur Ergebnisse der Einzelpraxis. Eine weitere Tabelle bezieht sich nur auf die Gemeinschaftspraxis. Die Numerierung der Aufstellungen erfolgte so, daß die erste Ziffer dem Hauptpunkt des Ergebnisteils entspricht. Ebenso gibt die nächste arabische Ziffer den Unterpunkt an. Die nach dem Bindestrich stehende Zahl bezeichnet die Anzahl der unter diesem Kapitel an-

gefertigten Tabellen. Da die in den Punkten A,B und C des Ergebnisteils behandelten Kapitel in der gleichen Reihenfolge angeordnet wurden, können die Aufstellungen sowohl zur Veranschaulichung der in der jeweiligen Praxis gewonnenen Werte, als auch der Vergleichsergebnisse dienen. In gleicher Weise sind auch die Hauptpunkte des Abschnittes "Diskussion der Ergebnisse" numeriert.
Als Beispiel wird die Angabe zur Tabelle 3.1-2 erläutert. Die erste Ziffer zeigt, daß die Aufstellung zum Punkt "Altersverteilung" gehört. Die nächstfolgende Ziffer gibt den Unterpunkt mit "Gesamtmaterial" an. Schließlich läßt die nach dem Bindestrich stehende Ziffer erkennen, daß dies die zweite tabellarische Ergebnisdarstellung des Abschnittes "Gesamtmaterial" im Hauptkapitel "Altersverteilung" ist.

Die ersten beiden Aufstellungen beschäftigen sich mit der Anzahl der Besuche, die pro Patienten registriert wurden.

Weitere Tabellen zeigen die Verteilung der Kranken auf verschiedene Altersklassen. Bis zum 20. Lebensjahr wurde die Gruppe der Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und der Jugendlichen gebildet. Die älteren Patienten sind in einer Klasse pro weiteres Dezenium eingeteilt. Die aufgeführten Zahlen sind auf die Gesamtzahl der Patienten bezogen. Kranke, die die Praxen mehrmals besuchten, wurden bei der Altersverteilung nur einmal gewertet.

Nächster Punkt der Auswertung war die Bestimmung des Zeitaufwandes pro Arzt-Patienten-Gespräch. Wiederum erfolgte die Aufteilung in Gesamtmaterial, Gespräche ohne Hausbesuche und Hausbesuche. Ferner ist eine Gegenüberstellung der von den beiden Ärzten der Gemeinschaftspraxis benötigten Zeiten aufgeführt.

Ein Balkendiagramm und eine Tabelle zeigen einen Überblick über die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen

Maßnahmen. Die diagnostischen Leistungen wurden in die Punkte Untersuchung, anamnestisches Gespräch, Labor und Überweisung aufgeteilt. Daraufhin erfolgte die Zuteilung der Untersuchungsmethoden zu bestimmten Fachgebieten. Ebenso aufgeschlüsselt wurden die Überweisungen.

Die weitere Bearbeitung des Untersuchungsmaterials bestand in der Verwertung der Dauerdiagnosen. Zunächst erfolgte die Zuordnung zu Problembereichen. Zum Beispiel sind die Krankheitsbilder der Coronarinsuffizienz, der Angina pectoris vera und der Kardiosklerose in einer Spalte aufgeführt. Auf diese Weise konnten verwandte Diagnosen zusammengefaßt werden. Zum Beispiel wurde der Begriff "Coronarinsuffizienz" in der Einzelpraxis nie, dafür die Bezeichnung "Angina pectoris vera" häufig angetroffen. In der Gemeinschaftspraxis war dies genau umgekehrt.

Bei dem beschriebenen Untersuchungsablauf war es schwierig, die Diagnosen zu registrieren. Sofern im Gespräch die vermutete Diagnose genannt wurde oder durch die Untersuchung darauf geschlossen werden konnte, erfolgte die Zuteilung dieses Krankheitsbildes zu Problembereichen.

Die therapeutischen Maßnahmen wurden mit den relativen und absoluten Häufigkeiten ermittelt. Ferner erfolgte die Aufschlüsselung der Gespräche mit rein therapeutischen Leistungen. Die Rubrik "Beratung in medizinischen Problemen" konnte in verschiedene Unterpunkte geteilt werden.

Bezugsgrößen

Die Bezugsgröße in den folgenden Tabellen ist in Praxis W 666 und in Praxis M/U 221, da sich die Prozentangaben auf die Gesamtzahl der Gespräche beziehen:

4.1-1 Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt, Gesamtmaterial
5.1-1 Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
6.2-1 Diagnostische Leistungen:Aufschlüsselung nach Untersuchungsmethoden
6.4-1 Aufgliederung der Überweisungen nach dem Grund der Konsultation
6.4-2 Aufgliederung der Überweisungen nach Fachgebieten
8.1-1 Arzt-Patienten-Gespräche mit rein therapeutischen Maßnahmen
8.8-1 Beratung in medizinischen Problemen

Auf die Gesamtzahl der Patienten sind die Prozentangaben in den folgenden Tabellen bezogen:

2.1-1 Häufigkeit der Besuche pro Patient im Erhebungszeitraum
2.1-2 Mehrfachbestellungen pro Patient bei gleichem Behandlungsort
3.1-1 Altersverteilung der Patienten, Gesamtmaterial
3.1-2 Altersverteilung der Patienten, Gesamtmaterial - Aufteilung nach Geschlechtszugehörigkeit -
7.1-1 Dauerdiagnosen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten

Hier ergibt sich eine Bezugsgröße von 462 in Praxis W und 204 in Praxis M/U.

Name..... Vorname ..... geb. am ..... Praxis Nr.
Geschlecht ..... Beruf ..... Lfd. Nr.
Früh. Behandlung ..... Dat.
..... V/N Haus-
Letztbehandlung am ..... Krankenkasse ..... bes.

	Arzt	Zt.	Patient
Gespräch			
Anamnese			
Untersuchung			
Eigen-			
Fremdlabor			
Befund			
Zusatzdiagnose			
Überweisung			
Arbeitsun-			
fähigkeit			
Rezept			
Beratung in			
nichtmed.			
Problemen			
Beratung			
-Dosierung			
-Verhaltens-			
weisen			
Auskunft über			
Prognose			
Weiterbehandlung			
Sonstiges			

Kapitel V

E R G E B N I S S E

A. Ergebnisse in der Praxis W

1. Patientenbeschreibung

An der Untersuchung waren in der Praxis W 462 Patienten mit insgesamt 666 Gesprächen beteiligt. Der Einzelarzt behandelte dabei 160 männliche und 302 weibliche Patienten. Fünf Kranke, dies entspricht einem relativen Anteil von 1,1 Prozent der Gesamtpatientenzahl, besuchten die Einzelpraxis zum erstenmal. Von den genannten Arzt-Patienten-Gesprächen fanden 470 während der Sprechstunde und 196 außerhalb der Praxisräume statt. Auf das weibliche Geschlecht entfielen dabei 281 Interaktionen in den Praxisräumen und 140 Hausbesuche. 56 männliche Kranke wurden in ihrer Wohnung und 189 während der Sprechstunde behandelt.

2. Häufigkeit der Besuche pro Patient im Erhebungszeitraum

Die Tabellen 2.1-1 und 2.1-2 geben einen Überblick über die Mehrfachbestellungen. In der Einzelpraxis konnten alle im Erhebungszeitraum stattgefundenen Gespräche registriert werden, somit auch sämtliche Hausbesuche. Insgesamt sind 204 Mehrfachbestellungen zu verzeichnen. Von diesen entfallen 62 auf Hausbesuche. Hierbei ergibt sich ein Anteil von 19 männlichen und 43 weiblichen Patienten. Während der Sprechstunde wurden 66 männliche und 76 weibliche Kranke häufiger als einmal registriert.

3. Altersverteilung

3.1. Gesamtmaterial

Die Tabelle 3.1-1 zeigt die Verteilung der Patienten auf 11 Altersklassen. Den größten Anteil im Gesamtmaterial stellt die Gruppe der 31 - 40 jährigen, gefolgt von den 21 - 30

jährigen und den 71 - 80 Jahre alten Kranken.
Eine Aufschlüsselung nach Geschlechtern ergibt die Tabelle 3.1-2. Unter den Patientinnen überwiegt dabei die vierte Lebensdekade. Der größte Teil der männlichen Patienten gehört zur Gruppe der 21 - 30 jährigen. Insgesamt liegt der Altersdurchschnitt bei 42,4 Jahren. Das mittlere Alter der an der Untersuchung beteiligten männlichen Kranken beträgt 40,1 Jahre, das der weiblichen 43,6 Jahre. 50 Prozent der Patienten sind jünger als 41 Jahre.
Das Verhältnis der über 60 Jahre alten Frauen zu den gleichaltrigen Männern ist 2,3 : 1. Bei den jüngeren Altersklassen ist dieser Index 1,7 : 1.

3.2. Gespräche ohne Hausbesuche

Unter den Patienten, die zur Behandlung in die Sprechstunde kamen, stellten die 31 - 40 jährigen ebenfalls den größten Anteil. Bei der weiteren Aufschlüsselung zeigt sich auch bei den weiblichen Kranken eine Dominanz dieser Altersklasse. Dagegen gehören die meisten männlichen Patienten der dritten Lebensdekade an. Insgesamt beträgt der Altersdurchschnitt 36,8 Jahre. Das mittlere Alter der Patienten liegt bei 34,6 Jahren, der Patientinnen bei 38,2 Jahren. 19,3 Prozent aller Kranken waren über 60 Jahre alt. In dieser Gruppe ergibt sich zugunsten des weiblichen Geschlechtes ein Quotient von 2,2 : 1. Bei den jüngeren Altersklassen ist dieses Verhältnis 1,5 : 1.

3.3. Hausbesuche

Die häufigsten Hausbesuche erhielten die 71 - 80 jährigen. Dieser Gruppe gehört auch der größte Anteil der Frauen an. Bei den Männern stellt die 7. Lebensdekade einen Häufigkeitsgipfel. Das Durchschnittsalter ist mit 55,4 Jahren errechnet. Das Verhältnis der über 60 Jahre alten Patientinnen zu den gleichaltrigen männlichen Kranken beträgt 2,3:1.

4. Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt

4.1. Gesamtmaterial

Bei den 666 Gesprächen sind Zeiten zwischen einer und 30 Minuten zu verzeichnen. Der Modus liegt bei zwei Minuten. Als Durchschnittszeit wurden 4,1 Minuten errechnet. 50% der Interaktionen waren kürzer als 2,9 Minuten. 4,3 Prozent dauerten länger als 10 Minuten. Lediglich 0,15 Prozent der in der Einzelpraxis registrierten Kontakte gingen über einen Zeitraum von mehr als einer drittel Stunde. Die genaue Aufschlüsselung zeigt die Tabelle 4.1-1.

4.2. Gespräche ohne Hausbesuche

Der größte Teil der verbleibenden 470 Beratungen dauerte ebenfalls zwei Minuten. Die mittlere Gesprächszeit errechnet sich mit 4,0 Minuten. Der Median liegt bei 3,6 Minuten. Mehr als 10 Minuten beanspruchten 3,6 Prozent der in den Praxisräumen stattgefundenen Behandlungen. Die Tabelle 4.2-1 zeigt die Verteilung der Werte zwischen einer und zwanzig Minuten.

4.3. Hausbesuche

Die meisten Besuche in der Wohnung der Patienten dauerten ebenfalls zwei Minuten. Dabei ist zu beachten, daß auch Beratungen aufgezeichnet wurden, die in einer Außenstelle stattfanden. Diese sind gleichfalls in dieser Rubrik eingeordnet.
Die Durchschnittszeit ist 4,5 Minuten. 50 Prozent der Besuche lagen unter 3,2 Minuten. Eine weitere Aufschlüsselung gibt die Tabelle 4.3-1.

4.4. Zeit der Gespräche bei Mehrfachbestellungen

Die Tabelle 4.4-1 zeigt einen Vergleich der Gesprächszei-

ten bei Mehrfachbestellungen. Da manche Patienten zunächst in der Sprechstunde und anschließend zu Hause behandelt wurden, ergibt sich die in der Tabelle 2.1-2 genannte Zahl von mehrfachen Besuchen.

4.4a. Bei einmaligem Besuch im Erhebungszeitraum

- Während der Sprechstunde

Diese Gespräche dauerten meist zwei Minuten. 50 Prozent der Beratungen waren kürzer als drei Minuten. Die Durchschnittszeit beträgt 4,1 Minuten.

- Hausbesuche

Die meisten Hausbesuche beanspruchten ebenfalls zwei Minuten. Als durchschnittliche Behandlungsdauer sind 4,3 Minuten errechnet.

-Insgesamt

Unabhängig vom Behandlungsort gingen die meisten einmaligen Beratungen über einen Zeitraum von zwei Minuten. Der Median liegt bei 2,9 Minuten, die Durchschnittszeit ist mit 4,2 Minuten errechnet.

4.4b. Bei zwei Besuchen im Erhebungszeitraum

- Während der Sprechstunde

Der größte Teil dieser Beratungen erforderte eine Zeit von drei Minuten. Als Median ergibt sich eine Zeit von 2,8 Minuten, die mittlere Behandlungszeit betrug 4,4 Minuten.

- Hausbesuche

Bei dieser Spalte sind zwei Häufigkeitsgipfel zu verzeichnen. Der eine liegt bei zwei, der zweite bei fünf Minuten. 50 Prozent dieser Besuche beanspruchten eine Zeit von weniger als 3,2 Minuten.

-Insgesamt

Die mittlere Behandlungsdauer bei den Patienten, die zwei Termine im Untersuchungszeitraum hatten, betrug 4,4 Minuten. Die meisten zweimaligen Arzt-Patienten-Kontakte gingen über drei Minuten.

4.4c. Bei drei Besuchen im Erhebungszeitraum

- Während der Sprechstunde

Hierbei wurden Zeiten zwischen einer und neun Minuten gemessen. Das Maximum liegt bei einer Minute. Der Durchschnittswert wurde mit 3,3 Minuten, der Median mit 2,1 Minuten errechnet.

- Hausbesuche

Der Arzt besuchte einen Patienten dreimal in dessen Wohnung. Daraus resultierten zwei Gespräche mit je vier Minuten und ein Gespräch mit 30 Minuten Dauer.

- Insgesamt

Patienten, die drei Termine im Erhebungszeitraum hatten, benötigten eine durchschnittliche Behandlungszeit von 3,7 Minuten pro Besuch.

4.4d. Bei vier Besuchen im Erhebungszeitraum

-Während der Sprechstunde

Bei diesen Beratungen benötigte der Arzt durchschnittlich 2,6 Minuten pro Termin.

- Hausbesuche

Hierzu zählen drei Behandlungen mit einer Durchschnittszeit von 6,3 Minuten.

- Insgesamt

Die Zeiten liegen zwischen einer und dreizehn Minuten, wobei als mittlere Gesprächsdauer 3,7 Minuten errechnet wurde.

4.4e. Bei fünf Besuchen im Erhebungszeitraum

Das arithmetische Mittel aller in dieser Spalte registrierten Gesprächszeiten liegt bei 4,1 Minuten.

4.4f. Bei sechs Besuchen im Erhebungszeitraum

Diese Anzahl von Besuchen erreichte ein Patient. Die Zeit pro Gespräch betrug dabei 1,7 Minuten.

Vergleich der Gesprächszeiten bei unterschiedlicher Häufigkeit der Besuche

P r a x i s W

Tabelle 4.4-1

Besuche pro Pat. / Zeit			1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'	11'-15'	16'-20'	>20'
1	Sprech-	abs.	28	54	31	32	34	17	9	4	4	6	7	1	-
	stunde	rel.	12,3	23,8	13,7	14,1	15,0	7,5	4,0	1,8	1,8	2,6	3,0	0,4	-
	Hausbe-	abs.	15	25	19	20	8	4	3	4	2	1	4	4	-
	suche	rel.	13,8	22,9	17,4	18,3	7,3	3,7	2,8	3,7	1,8	0,9	3,7	3,7	-
2	Sprech-	abs.	19	23	30	15	16	4	6	4	4	3	6	2	-
	stunde	rel.	14,4	17,4	22,7	11,3	12,1	3,0	4,6	3,0	3,0	2,3	4,6	1,6	-
	Hausbes.	abs.	6	13	10	7	13	5	-	1	3	3	1	-	-
3	Sprech-	abs.	21	14	10	6	8	6	2	2	3	-	-	-	-
	stunde	rel.	29,2	19,4	13,9	8,3	11,1	8,3	2,8	2,8	4,2	-	-	-	-
	Hausbes.	abs.	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4	Sprechst.	abs.	10	7	3	2	5	-	-	1	-	-	-	-	-
	Hausbes.	abs.	-	-	-	2	4	3	1	-	-	1	1	-	-
5	Sprechst.	abs.	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-
	Hausbes.	abs.	-	4	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Sprechst.	abs.	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

5. Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in Praxis W

Die Tabelle 5.1-1 und die Abbildung 5.1 zeigen eine Übersicht über die erbrachten Leistungen. Es zeigt sich, daß der Punkt "Beratung in medizinischen Problemen" am häufigsten registriert wurde. Unter den diagnostischen Leistungen dominiert ein kurzes anamnestisches Gespräch. Eine körperliche Untersuchung nahm der Einzelarzt in 36,9 Prozent aller Arzt-Patienten-Kontakte vor. Die Familie des Patienten stand im Mittelpunkt einer kurzen Unterredung, die der Arzt mit 177 Kranken führte. Weitere Themen waren aktuelle politische Ereignisse, der Arbeitsplatz und der kommunalpolitische Einsatz des Einzelarztes.

Eine Spitzenstellung unter den therapeutischen Maßnahmen nehmen die Beratung in medizinischen Problemen und die Verordnung von Arzneimitteln ein.

6. Diagnostische Maßnahmen im einzelnen

6.1. Anamnestisches Gespräch

Ein stattgefundenes anamnestisches Gespräch ist in 339 der 666 Erhebungsbogen vermerkt. Die meisten Patienten sind in ständiger Behandlung. Daher ist die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte relativ kurz. Eine ausführliche Anamnese führte der Einzelarzt bei den neuen Patienten durch.

6.2. Untersuchung

Die in der Tabelle 6.2-1 aufgeführten Untersuchungsverfahren wandte der Arzt der Praxis W in 246 der insgesamt 666 Arzt-Patienten-Interaktionen an. Bei 99 Patienten wurde die Untersuchung durchgeführt, ohne daß ein amnestisches Gespräch stattfand.

Der Ablauf in der Einzelpraxis war dadurch gekennzeichnet, daß der Arzt am Ende der Sprechstunde alle Karteikarten der an diesem Tag betreuten Patienten noch einmal überprüfte. Dabei trug er ein, welche Untersuchungen beim nächsten Besuch vorgenommen werden sollten. Die Arzthelferin konnte die Patienten daher gleich an den Ort delegieren, an dem die Untersuchung stattfand.

Unter allen Verfahren dominiert die Überprüfung der Blutdruckwerte. Von Bedeutung sind weiterhin die Untersuchungen im HNO-Bereich und aus dem Aufgabenbereich der Orthopädie.

6.3. Laboruntersuchungen

Die Bestimmung der Laborwerte erfolgte zum überwiegenden Teil durch das Personal des Einzelarztes. Dem Laborfacharzt wurden Proben zur Ermittlung der Schilddrüsenhormonkonzentration, des Gesamteiweißes und der Elektrophorese übersandt. 70 Erhebungsformulare hatten den Vermerk "Blutuntersuchung", 13 die Eintragung "Harnuntersuchung". Bei 10 Patienten wurden sowohl Blut- als auch Harnuntersuchungen durchgeführt.

6.4. FacharztÜberweisungen

In 40 Fällen überwies der Arzt an einen Spezialisten. Dabei wurde auch der Besuch eines Patienten bei einem Optiker hier eingeordnet.

Nicht in jedem Fall war aus dem Verlauf des Gespräches erkennbar, ob der konsultierte Facharzt in erster Linie diagnostisch oder therapeutisch tätig werden sollte. Wie aus der Tabelle 6.4-2 ersichtlich, überwies der Arzt der Praxis W am häufigsten an einen Ophthalmologen. Weitere Erläuterungen sind der erwähnten Tabelle und der Tabelle 6.4-1 zu

entnehmen.

7. Diagnosen der registrierten Patienten in Praxis W

7.1. Dauerdiagnosen und frühere gravierende Erkrankungen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten

Der größte Teil dieser Diagnosen gehört dem Fachgebiet der Inneren Medizin an. Hier wiederum liegt in der Einzelpraxis die Herzinsuffizienz an der Spitze. Wie aus der Tabelle 7.1-1 ersichtlich, folgt in der Reihenfolge die Arterio- und Zerebralsklerose. 12,1 Prozent aller registrierten Patienten, die die Praxis W im Erhebungszeitraum aufsuchten, sind wegen einer Hypertonie in ständiger Behandlung. Die Angina pectoris vera ist bei 10,4 Prozent der Kranken Ursache oder Teil der ständigen Betreuung. Der relativ große Prozentsatz der Patienten mit Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie zeigt die Bedeutung des Allgemeinarztes bei der Kontrolle dieser Risikofaktoren.

Eine Übersicht bietet die Tabelle 7.1-1, in der auch das Durchschnittsalter der betroffenen Patienten aufgeführt ist.

7.2. Im Erhebungszeitraum zusätzlich gestellte Diagnosen

In den Kapiteln IV und VI wird auf die Schwierigkeit bei der Registrierung der Diagnosen hingewiesen. Unter Berücksichtigung der dort genannten Einschränkungen ergeben sich folgende Angaben.

Am häufigsten wurden Infekte der oberen Luftwege beobachtet. In der Häufigkeit an zweiter Stelle lagen die Wirbelsäulensyndrome und rheumatische Beschwerden. Relativ oft waren auch Distorsionen, Fußgefügestörungen, sowie Prellungen und Hämatome zu verzeichnen.

7.3. Häufigste Diagnosen und Problembereiche bei Mehrfachbestellungen

Anlaß für die meisten Mehrfachbestellungen war die Bekämpfung rheumatischer Beschwerden und die Durchführung durchblutungsfördernder Maßnahmen. Mehrmals in die Praxis kamen auch solche Patienten, die wegen einer Distorsion behandelt wurden.

8. Therapeutische Maßnahmen in Praxis W

8.1. Gespräche mit rein therapeutischen Maßnahmen

Die Tabelle 8.1-1 zeigt die Aufgliederung dieser Kontakte. Insgesamt waren 196 Interaktionen rein therapeutisch geprägt. In vier Gesprächen wurden weder diagnostische noch therapeutische Leistungen registriert. Es handelte sich dabei um Hausbesuche bei bettlägerigen Patienten, die in regelmäßigen Abständen aufgesucht werden.

Den größten Anteil unter den rein therapeutischen Maßnahmen stellt die ausschließliche parenterale Medikation. Bei sieben Kontakten bestand die Handlung des Arztes nur in der Überweisung zum Facharzt.

8.2. Arbeitsruhe

Eine befristete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stellte der Arzt in 7,8 Prozent der registrierten Gespräche aus. Die häufigsten Anlässe waren akute Infekte der oberen Atemwege, sowie rheumatische Beschwerden.

8.3. Enterale und externe Medikation

Mehr als die Hälfte aller Patienten erhielten Arzneimittel. Zum Teil wurden bisher eingenommene Medikamente erneut verordnet. Der Einzelarzt setzte dabei auch homöopathische Mittel ein. Zusätzlich erhielten die Patienten Ärztemuster.

8.4. Parenterale Medikation

Der Arzt verabreichte an 135 Kranke Arzneimittel auf parenteralem Weg. Dabei waren am häufigsten durchblutungsfördernde und antirheumatische Medikamente zu verzeichnen.

8.5. Impfungen

Geimpft wurden Säuglinge, Kinder und Personen, die akut von Cholera befallene Länder besuchten. Ferner führte der Einzelarzt die Tetanusprophylaxe durch.

8.6. Chirurgische Leistungen

Leistungen der kleinen Chirurgie erbrachte der Arzt bei 15 Patienten. Dreimal mußten Fremdkörper aus dem Auge entfernt werden. Ebenso häufig versorgte er Schnittwunden. In vier Fällen wurden Verbände angelegt. Die restlichen chirurgischen Maßnahmen verteilen sich auf Verödung von Varizen, Behandlung von Hautaffektionen und der Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Gehörgang.

8.7. Beratung in nichtmedizinischen Problemen

Dieser Punkt ist in 76 Erhebungsformularen vermerkt. 25 Patienten erhielten Atteste, wobei die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hier nicht gezählt, sondern in einem eigenen Abschnitt aufgeführt ist. Weitere sechs Patienten klärte

der Arzt über eine mögliche Befreiung von der Rezeptgebühr auf. Fünfmal wurden Patienten über besondere Anträge bei der Krankenkasse beraten. Ferner waren 14 Renten- und Versicherungsfragen zu verzeichnen. Besonderen Wert legte der Arzt auf die Altersversorgung der Patienten. Bei 17 Gesprächen standen Fragen des Arbeitsplatzes, der Berufswahl, der Schule und des Studiums im Mittelpunkt der Beratung.

8.8. Beratung in medizinischen Problemen

Die Tabelle 8.8-1 zeigt eine Aufgliederung der durchgeführten Beratungen. Die höchste Prozentzahl erreicht dabei die Auskunft über einen Therapieplan. Darunter ist die Erklärung des Arztes zu verstehen, welche Maßnahmen im Laufe der Behandlung vorgesehen sind. Er betonte, dann intensivere Diagnostik und Therapie einzuleiten, falls die eingeschlagene Behandlung nicht erfolgreich ist. Die exakte Dosierung der Medikamente erklärte der Arzt in 73 Gesprächen. Bisherige Untersuchungsergebnisse und hier insbesondere Laborwerte stellen einen weiteren wichtigen Punkt bei der Beratung in medizinischen Problemen. Auch die Ergebnisse von Facharztkonsultationen wurden erläutert. Fragen der Ernährung, der Gewichtsregulierung und der sportlichen Betätigung besprach der Arzt mit 85 Patienten.

B. Ergebnisse in der Praxis M/U

1. Patientenbeschreibung

In der Gemeinschaftspraxis waren an der Untersuchung 204 Patienten mit insgesamt 221 Gesprächen beteiligt. 5,9 Prozent dieser Kranken besuchten die Praxis zum erstenmal. Die Gesamtzahl der Arzt-Patienten-Kontakte setzt sich zusammen aus 209 Beratungen während der Sprechstunde und zwölf Hausbesuchen. Bei der Untersuchung wurden 64 männliche und 140 weibliche Patienten registriert.

2. Häufigkeit der Besuche pro Patient im Erhebungszeitraum

In der Praxis M/U konnten nicht alle Hausbesuche registriert werden, die die Ärzte im Untersuchungszeitraum tatsächlich durchführten. Durch den Wechsel unter den Ärzten war eine lückenlose Aufzeichnung nicht möglich. Aus diesem Grunde entspricht die im vorliegenden Material genannte Häufigkeit nicht der tatsächlichen Anzahl von Mehrfachbestellungen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ergibt sich die Tabelle 2.1-1. Daraus ist ersichtlich, daß 188 Kranke die Praxis einmal besuchten, 15 Patienten wurden je zweimal, ein Patient dreimal erfaßt.

3. Altersverteilung

3.1. Gesamtmaterial

Die Verteilung der Kranken auf die elf Altersklassen ist aus der Tabelle 3.1-1 ersichtlich. Den größten Anteil stellen dabei die zwischen 61 und 70 Jahre alten Patienten. Ein zweiter Häufigkeitsgipfel ist bei den 41 - 50 jährigen zu verzeichnen. Die meisten weiblichen Kranken gehören zur Gruppe der 15 - 20 jährigen und zu den 21 - 30 jährigen, gefolgt von den Patientinnen der 5. und 6. Lebensdekade.Bei den

Männern zeigt sich eine Dominanz der 7. Lebensdekade. Das Durchschnittsalter aller an der Untersuchung Beteiligten liegt bei 38,1 Jahre. Die weitere Aufschlüsselung ergibt ein mittleres Lebensalter von 35,6 Jahren bei weiblichen und von 43,2 Jahren bei männlichen Patienten. Das Verhältnis der über 60 Jahre alten Frauen zu den gleichaltrigen Männern beträgt 1,1 : 1. Der Index bei den jüngeren Altersklassen ist 2,5 : 1.

3.2. Gespräche ohne Hausbesuche

Während der Sprechstunde wurden am häufigsten Patienten der 7. Lebensdekade registriert. Während die meisten männlichen Kranken ebenfalls zwischen 61 - 70 Jahre alt waren, liegt der Häufigkeitsgipfel bei den weiblichen Patienten zwischen 15 und 20 Jahre. Das Durchschnittsalter wurde mit 37,15 Jahren errechnet. Die Patientinnen hatten ein mittleres Alter von 35,0 Jahren, die männlichen Kranken von 41,7 Jahren.

3.3. Hausbesuche

Unter den zwölf Hausbesuchen war die Behandlung von drei Patienten, die zwischen 71 und 80 Jahre alt waren.

4. Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt

4.1. Gesamtmaterial

4.1a. Addition der erreichten Zeiten beider Ärzte

Die 221 Gespräche dauerten zwischen einer und 37 Minuten, wobei als häufigste Gesprächsdauer eine Zeit von sechs Minuten erreicht wurde. Die Ärzte der Praxis M/U benötigten durchschnittlich 9,1 Minuten für die Behandlung eines Patienten.

Vergleich des Zeitaufwandes der Ärzte in Praxis M/U

Tabelle 4.1-2

Zeit	Arzt I			Arzt II		
	Abs.	Rel.	Kumuliert	Abs.	Rel.	Kumuliert
1'	-	-	-	2	1,7	1,7
2'	5	4,95	4,95	11	9,2	10,9
3'	7	6,9	11,85	6	5,0	15,9
4'	5	4,95	16,8	11	9,2	25,1
5'	6	5,9	22,7	12	10,0	35,1
6'	10	9,9	32,6	13	10,8	45,9
7'	11	10,9	43,5	6	5,0	50,9
8'	6	5,9	49,4	5	4,1	55,0
9'	7	6,9	56,3	5	4,1	59,1
10'	8	7,9	64,2	12	10,0	69,1
11'	7	6,9	71,1	7	5,8	74,9
12'	11	10,9	82,0	2	1,7	76,6
13'	2	2,0	84,0	4	3,3	79,9
14'	2	2,0	86,0	6	5,0	84,9
15'	1	1,0	87,0	5	4,1	89,0
16'	2	2,0	89,0	2	1,7	90,7
17'	3	3,0	92,0	2	1,7	92,4
18'	-	-	92,0	2	1,7	94,1
19'	2	2,0	94,0	1	0,8	94,9
20'	1	1,0	95,0	2	1,7	96,6
21'-25'	3	3,0	98,0	2	1,7	98,3
26'-30'	1	1,0	99,0	2	1,7	100,0
31'-40'	1	1,0	100,0	-	-	100,0
Gesamt	101	100,0		120	100,0	

4.1b. Vergleich des Zeitaufwandes der Ärzte in Praxis M/U

Die obige Tabelle zeigt die Gegenüberstellung der von den beiden Ärzten benötigten Zeiten. Eine Behandlung dauerte bei Arzt I durchschnittlich 9,6 Minuten, bei Arzt II 8,6 Minuten.

4.2. Gespräche ohne Hausbesuche

Wegen der geringen Anzahl an Hausbesuchen ist keine entscheidende Verschiebung im Vergleich zum Gesamtmaterial zu erkennen. Die Durchschnittszeit liegt mit 8,95 Minuten nur gering niedriger.

4.3. Hausbesuche

In der Tabelle 4.3-1 sind die bei den Hausbesuchen gemessenen Zeiten aufgeführt.

4.4. Zeit der Arzt-Patienten-Kontakte bei Mehrfachbestellungen

4.4a. Bei einmaligem Besuch im Erhebungszeitraum

Für die Behandlung der Patienten, die die Gemeinschaftspraxis einmal aufsuchten, benötigten die Ärzte eine Durchschnittszeit von 9,2 Minuten.

4.4b. Bei zwei Besuchen im Erhebungszeitraum

Bei diesen Gesprächen wurde eine durchschnittliche Zeitdauer von 8,8 Minuten errechnet.

4.4c. Bei drei Besuchen im Erhebungszeitraum

Die mittlere Behandlungsdauer ist mit fünf Minuten angegeben.

5. Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in Praxis M/U

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse dienen die Tabelle 5.1-1 und die Abbildung 5.1. Körperliche Untersuchungen nahmen die Ärzte der Gemeinschaftspraxis in 91 Prozent der aufgezeichneten Gespräche vor. Die Beratung in medizinischen Problemen liegt in der Häufigkeitsverteilung an zweiter Stelle.

6. Diagnostische Maßnahmen im einzelnen

6.1. Anamnestisches Gespräch

Dieser Rubrik wurden in der Gemeinschaftspraxis 145 Eintragungen zugeordnet. Die Ärzte stellten vorwiegend Fragen zum Verlauf der bisherigen Erkrankung. Eine ausführliche Erhebung der Anamnese erfolgte bei den Patienten, die die Praxis M/U zum erstenmal aufsuchten. Die Ärzte orientierten sich ferner anhand der Kartei über frühere Behandlungen.

6.2. Untersuchung

Wie oben erwähnt, nimmt die körperliche Untersuchung in der Gemeinschaftspraxis einen großen Stellenwert ein. Die dabei angewandten Methoden können der Tabelle 6.2-1 entnommen werden. Überprüfungen der Herz-Kreislauf-Parameter nahmen die Ärzte bei 114 von insgesamt 221 Patienten vor.

6.3. Laboruntersuchungen

Bei 24 Patienten ordneten die Gemeinschaftsärzte Laboruntersuchungen an. 22 Proben wurden in der Praxis ausgewertet. Ein Laborfacharzt bestimmte die Schilddrüsenhormonkonzentration eines Patienten, sowie die Blutgruppenzugehörigkeit eines weiteren Kranken.

6.4. Facharztüberweisungen

Die Ärzte der Praxis M/U stellten 27 Überweisungen aus, die in der Tabelle 6.4-1 nach Fachgebieten aufgegliedert werden.

7. Diagnosen der registrierten Patienten in Praxis M/U

7.1. Dauerdiagnosen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten

Auch in der Gemeinschaftspraxis konnten die Krankheiten aufgezeichnet werden, die einer chronischen Behandlung bedürfen.
Bereits vor dem Erhebungszeitraum wurde bei 21,1 Prozent aller registrierten Patienten eine Hypertonie festgestellt. In der Häufigkeit an zweiter Stelle liegen die Kranken mit einer Herzinsuffizienz. Periphere arterielle oder venöse Durchblutungsstörungen führten 9,3 Prozent der aufgezeichneten Patienten in die Gemeinschaftspraxis. Angina pectoris vera, Coronarinsuffizienz und Kardiosklerose sind bei 8,8 Prozent Ursache oder Teil der chronischen Behandlung.
Die Tabelle 7.1-1 bietet eine Übersicht über die Krankheitsbilder, wobei auch das Durchschnittsalter der Patienten aufgeführt ist.

7.2. Im Erhebungszeitraum zusätzlich gestellte Diagnosen

Die häufigsten Erkrankungen im Beobachtungszeitraum waren Infekte der oberen Luftwege, Wirbelsäulensyndrome und rheumatische Beschwerden. Daneben wurden Prellungen, Hämatome, Distorsionen und Tendovaginitiden behandelt. In die Sprechstunde kamen ferner Patienten mit vegetativen Dysregulationen, Migräne, Fremdkörper im HNO Bereich, hypertonen Regulationsstörungen, Gastroenteritiden, Obstipation, Pyelonephritis, gynäkologischen Störungen und Hauterkran-

kungen.

7.3. Häufigste Diagnosen und Problembereiche bei Mehrfachbestellungen

Die Mehrfachbestellungen in der Gemeinschaftspraxis hatten ihren häufigsten Grund in der Verlaufskontrolle bei Infekten der oberen Luftwege. Mehrmals bestellten die Ärzte ferner Patienten mit Harnwegsinfekten, Tendovaginitiden und rheumatischen Beschwerden ein.

8. Therapeutische Maßnahmen in Praxis M/U

8.1. Gespräche mit rein therapeutischen Maßnahmen

Die 20 Gespräche, die unter diese Rubrik fallen, sind in der Tabelle 8.1-1 aufgegliedert. Es zeigt sich, daß das häufigste Ereignis dieser Arzt-Patienten-Kontakte die alleinige Beratung ist. In der Häufigkeit folgt die Kombination enterale Medikation und Beratung.

8.2. Arbeitsruhe

Eine befristete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erteilten die Gemeinschaftsärzte 19 Patienten. Die häufigsten Anlässe waren grippale Infekte, rheumatische Beschwerden und Tendovaginitiden.

8.3. Enterale Medikation

Der Anteil von 80,5 Prozent der Gespräche, in denen enterale und externe Medikation verabreicht wurde, nimmt unter allen therapeutischen Maßnahmen die zweite Stelle ein.

8.4. Parenterale Medikation

Eine parenterale Injektion erhielten 6,3 Prozent der Patienten. Überwiegendes Ziel war dabei die Bekämpfung rheumatischer Beschwerden.

8.5. Impfungen

Impfschutz wurde vor allem Säuglingen und Kleinkindern verabreicht.

8.6. Chirurgische Leistungen

Alle vier registrierten chirurgischen Maßnahmen betreffen die Versorgung kleiner Verletzungen.

8.7. Beratung in nichtmedizinischen Problemen

Drei Patienten erhielten Atteste zur Vorlage bei Behörden. In der gleichen Anzahl führten die Gemeinschaftsärzte beratende Gespräche über die Arbeitsverhältnisse und den Beruf. Daneben wurden die Patienten über allgemeine Versicherungsfragen, sowie einer möglichen Befreiung von der Rezeptgebühr aufgeklärt.

8.8. Beratung in medizinischen Problemen

Dieser Punkt stellt unter allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen das zweithäufigste Ereignis dar. Die Tabelle 8.1-1 bietet eine Aufstellung der durchgeführten Beratungen. Im Mittelpunkt standen Erklärungen zu Arzneimitteln, Krankheitsentstehung und Änderungen von Verhaltensweisen. Ausführlich gingen die Gemeinschaftsärzte auch auf bisherige Untersuchungsergebnisse ein.

C. Vergleich der Ergebnisse

1. Patientenbeschreibung

In der Gemeinschaftspraxis waren an der Untersuchung weniger Patienten beteiligt. Der Anteil der männlichen Kranken ist mit 35,7 Prozent in der Einzelpraxis gegenüber 33 Prozent in der Gemeinschaftspraxis höher. Die Zahl der Patienten, die die Praxis M/U zum erstenmal aufsuchten, erreichte im Vergleich zur Praxis W den fünffachen Wert. In der Gemeinschaftspraxis konnten nur 12 Hausbesuche gegenüber 196 in der Einzelpraxis aufgenommen werden.

2. Häufigkeit der Besuche im Erhebungszeitraum

Die Tabelle 2.1-1 zeigt die Häufigkeit der Besuche pro Patient. In der Praxis M/U entfallen alle Mehrfachbestellungen auf Behandlungen während der Sprechstunde. Dagegen sind in der Einzelpraxis an den mehrmaligen Beratungen auch 62 Hausbesuche beteiligt. In Praxis W wurden 30,7 Prozent der Patienten häufiger als einmal registriert. In der Gemeinschaftspraxis traf dies für 7,8 Prozent zu. Den größten Anteil stellen in der erstgenannten ärztlichen Einrichtung mit 21,7 Prozent die Patienten, die die Sprechstunde zweimal aufsuchten. Ein Kranker erreichte sechs Konsultationen. In der Gemeinschaftspraxis lag das Maximum bei drei Besuchen im Erhebungszeitraum.
In der Tabelle 2.1-2 sind die Mehrfachbestellungen nach dem Ort der Behandlung aufgegliedert. Es zeigt sich, daß die Patienten überwiegend am gleichen Ort betreut werden. Im Verhältnis zum Gesamtmaterial ändert sich die Besuchshäufigkeit durch drei zweimalige, zwei dreimalige und einen vierfachen Besuch. Dies erklärt sich dadurch, daß in einigen Fällen zunächst die Behandlung in der Sprechstunde begonnen wurde und dann Hausbesuche notwendig waren.

Häufigkeit der Besuche pro Patient im Erhebungszeitraum

Tabelle 2.1-1

Besuche pro Patient	Praxis W			Praxis M/U		
	Absolut	Relativ auf Pat. bezogen	Resultierende Gespräche	Absolut	Relativ auf Pat. bezogen	Resultierende Gespräche
1	320	69,3	320	188	92,2	188
2	100	21,7	200	15	7,4	30
3	27	5,8	81	1	0,4	3
4	11	2,4	44	-	-	-
5	3	0,6	15	-	-	-
6	1	0,2	6	-	-	-
Gesamt	462	100,0	666	204	100,0	221

Mehrfachbestellungen pro Patient bei gleichem Behandlungsort

Tabelle 2.1-2

Besuche pro Patient/Behandlungsort		Praxis W			Praxis M/U		
		Absolut	Relativ	Resultierende Gespräche	Absolut	Relativ	Resultierende Gespräche
1	Sprechstunde	227	48,1	227	176	86,3	176
	Hausbesuche	109	23,1	109	12	5,9	12
2	Sprechstunde	66	14,0	132	15	7,4	30
	Hausbesuche	31	6,6	62	-	-	-
3	Sprechstunde	24	5,1	72	1	0,4	3
	Hausbesuche	1	0,2	3	-	-	-
4	Sprechstunde	7	1,5	28	-	-	-
	Hausbesuche	3	0,6	12	-	-	-
5	Sprechstunde	1	0,2	5	-	-	-
	Hausbesuche	2	0,4	10	-	-	-
6	Sprechstunde	1	0,2	6	-	-	-
	Gesamt	472	100,0	666	204	100,0	221

3. Altersverteilung

3.1. Gesamtmaterial

In Praxis W ist das Maximum bei den 31 - 40 jährigen zu verzeichnen. Gefolgt in der Häufigkeit werden diese von den 21 - 30 jährigen. Dagegen liegt der Häufigkeitsgipfel in der Gemeinschaftspraxis bei den Patienten der siebten Lebensdekade. Danach folgen die 41 - 50 jährigen.

Die meisten Patientinnen waren in der Einzelpraxis zwischen 31 und 40 Jahre alt. In der Praxis M/U sind bei dieser Aufgliederung zwei Häufigkeitsgipfel zu verzeichnen. Sie betreffen die 21 - 30 jährigen, sowie die 15 - 20 Jahre alten Patientinnen. Die meisten männlichen Kranken gehörten in der Praxis W zur dritten Lebensdekade, in Praxis M/U zur siebten Lebensdekade.

Das Durchschnittsalter ist in der Einzelpraxis mit 42,4 Jahren höher als in der Gemeinschaftspraxis mit 38,1 Jahren. Das mittlere Alter der männlichen Kranken in Praxis W beträgt 40,1 Jahre, in Praxis M/U 43,2 Jahre. Die Patientinnen waren in der Einzelpraxis durchschnittlich 43,6 Jahre alt. In der Gemeinschaftspraxis liegt dieser Wert bei 35,6 Jahren.

50 Prozent aller Patienten waren in Praxis W jünger als 41 Jahre, in Praxis M/U jünger als 37,8 Jahre. In der Einzelpraxis gehören die über 60 Jahre alten Patienten vorwiegend zum weiblichen Geschlecht. Einzelheiten zeigen die Tabellen 3.1-1 und 3.1-2.

Altersverteilung der Patienten

- Gesamtmaterial -

Tabelle 3.1-1

Alter	Praxis W			Praxis M/U		
	Absolut	Relativ korrig.	Kumuliert	Absolut	Relativ korrig.	Kumuliert
<1 Jahr	10	2,3	2,3	3	1,5	1,5
1 - 6 Jahre	21	4,8	7,1	14	7,2	8,7
7 -14 Jahre	23	5,2	12,3	12	6,2	14,9
15 -20 Jahre	48	10,9	23,2	22	11,4	26,3
21 -30 Jahre	58	13,2	36,4	27	13,9	40,2
31 -40 Jahre	60	13,6	50,0	25	12,8	53,0
41 -50 Jahre	56	12,7	62,7	29	14,9	67,9
51 -60 Jahre	45	10,2	72,9	21	10,9	78,8
61 -70 Jahre	46	10,5	83,4	31	16,0	94,8
71 -80 Jahre	58	13,2	96,6	8	4,2	99,0
81 -90 Jahre	15	3,4	100,0	2	1,0	100,0
Keine Angaben	22	-	-	10	-	-
Gesamt	462	100,0		204	100,0	

Altersverteilung der Patienten
- Gesamtmaterial -

Tabelle 3.1-2

Alter	Praxis W				Praxis M/U			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Absolut	Relativ korrig.	Absolut	Relativ korrig.	Absolut	Relativ korrig.	Absolut	Relativ korrig.
< 1 Jahr	4	0,9	6	1,4	2	1,0	1	0,5
1 - 6 Jahre	9	2,1	12	2,7	3	1,6	11	5,6
7 - 14 Jahre	13	2,9	10	2,3	3	1,6	9	4,6
15 - 20 Jahre	14	3,2	34	7,7	3	1,6	19	9,8
21 - 30 Jahre	23	5,2	35	8,0	8	4,1	19	9,8
31 - 40 Jahre	18	4,1	42	9,5	11	5,6	14	7,2
41 - 50 Jahre	18	4,1	38	8,6	11	5,6	18	9,3
51 - 60 Jahre	21	4,8	24	5,4	3	1,6	18	9,3
61 - 70 Jahre	15	3,4	31	7,1	14	7,2	17	8,8
71 - 80 Jahre	17	3,9	41	9,3	5	2,6	3	1,6
81 - 90 Jahre	5	1,1	10	2,3	1	0,5	1	0,5
Keine Angaben	3	-	19	-	-	-	10	-
Gesamt	160	35,7	302	64,3	64	33,0	140	67,0

3.2 Gespräche ohne Hausbesuche

Tabelle 3.2-1 zeigt die Altersverteilung der Patienten, die die Sprechstunde aufsuchten. Die meisten dieser Kranken waren in der Einzelpraxis zwischen 31 und 40 Jahre alt. In der Gemeinschaftspraxis trifft dies für die 61 - 70 Jahre alten Patienten zu. In der letztgenannten ärztlichen Einrichtung liegt der Häufigkeitsgipfel der Patientinnen bei den 15 - 20 jährigen. Diesen Platz nehmen in der Einzelpraxis die zwischen 31 und 40 Jahre alten weiblichen Kranken ein. Weitere Hinweise gibt die Tabelle 3.2-2.

Das Durchschnittsalter der in die Sprechstunde gekommenen Patienten ist in der Praxis W 36,8 Jahre und in der Praxis M/U 37,15 Jahre. Das mittlere Alter der weiblichen Kranken beträgt in der Gemeinschaftspraxis 35,0 Jahre. Dagegen waren die Patientinnen in der Einzelpraxis im Mittel 38,2 Jahre alt.

Über 60 Jahre alt waren in Praxis W 19,3 Prozent, in der Praxis M/U 19,5 Prozent der Patienten. Das weibliche Geschlecht dominiert bei diesen Kranken besonders in der Einzelpraxis mit 2,2 : 1, gegenüber 1,5 : 1 bei jüngeren Altersklassen. In der Gemeinschaftspraxis ist das Verhältnis der weiblichen Patienten über 60 Jahre zu den gleichaltrigen Männern 1,2 : 1. Bei den jüngeren Patienten ergibt sich ein Index von 2,5 : 1.

3.3. Hausbesuche

In der Einzelpraxis entfielen die meisten Hausbesuche auf die Patienten der 8. Lebensdekade. Dieser Altersklasse gehört auch der größte Anteil der Frauen an. Bei den Männern ist die 7. Lebensdekade am häufigsten vertreten. In der Gemeinschaftspraxis konnten nur 12 Gespräche aufgezeichnet werden, die außerhalb der Sprechstunde stattfanden. Hiervon

Altersverteilung der Patienten

- Ohne Hausbesuche -

Tabelle 3.2-1

Alter	Praxis W			Praxis M/U		
	Absolut	Relativ korrig.	Kumuliert	Absolut	Relativ korrig.	Kumuliert
< 1 Jahr	7	2,3	2,3	3	1,6	1,6
1 - 6 Jahre	17	5,4	7,7	14	7,6	9,2
7 - 14 Jahre	16	5,1	12,8	11	6,0	15,2
15 - 20 Jahre	37	11,8	24,6	22	12,0	27,2
21 - 30 Jahre	47	15,0	39,6	26	14,1	41,3
31 - 40 Jahre	51	16,3	55,9	24	13,1	54,4
41 - 50 Jahre	41	13,1	69,0	27	14,7	69,1
51 - 60 Jahre	37	11,8	80,8	21	11,4	80,5
61 - 70 Jahre	29	9,3	90,1	30	16,3	96,8
71 - 80 Jahre	27	8,6	98,7	5	2,7	99,5
81 - 90 Jahre	4	1,3	100,0	1	0,5	100,0
Keine Angaben	15	-	-	8	-	-
Gesamt	328	100,0		192	100,0	

Altersverteilung der Patienten

- Ohne Hausbesuche -

Tabelle 3.2-2

Alter	Praxis W				Praxis M/U			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	Absolut	Relativ korrig.	Absolut	Relativ korr.	Absolut	Relativ korrig.	Absolut	Relativ korrig.
< 1 Jahr	3	1,0	4	1,3	2	1,1	1	0,6
1 - 6 Jahre	8	2,6	9	2,9	3	1,6	11	6,0
7 - 14 Jahre	10	3,2	6	1,9	3	1,6	8	4,4
15 - 20 Jahre	11	3,5	26	8,3	3	1,6	19	10,3
21 - 30 Jahre	19	6,1	28	9,0	8	4,4	18	9,8
31 - 40 Jahre	17	5,4	34	10,9	10	5,5	14	7,6
41 - 50 Jahre	16	5,1	25	8,0	10	5,5	17	9,3
51 - 60 Jahre	17	5,4	20	6,4	3	1,6	18	9,8
61 - 70 Jahre	7	2,2	22	7,0	13	6,7	17	9,3
71 - 80 Jahre	10	3,2	17	5,4	3	1,6	2	1,1
81 - 90 Jahre	2	0,6	2	0,6	1	0,6	-	-
Keine Angaben	3	-	12	-	-	-	8	-
Gesamt	123	38,3	205	61,7	59	31,8	133	68,2

waren sieben Patienten älter als 60 Jahre.
In der Einzelpraxis ist das Durchschnittsalter der zu Hause besuchten Patienten 55,4 Jahre.
Die über 60 Jahre alten weiblichen Kranken stehen in der Praxis W in einem Verhältnis von 2,3 : 1 zu den gleichaltrigen männlichen Patienten. In der Einzelpraxis waren 46 Prozent der 134 bei Hausbesuchen registrierten Patienten über 60 Jahre alt. Eine weitere Aufschlüsselung zeigen die Tabellen 3.3-1 und 3.3-2.

Altersverteilung der Patienten
-Hausbesuche-
PRAXIS W

Tabelle 3.3-2

Alter	Männer		Frauen	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
< 1 Jahr	1	0,8	2	1,6
1 - 6 Jahre	1	0,8	3	2,4
7 - 14 Jahre	3	2,4	4	3,1
15 - 20 Jahre	3	2,4	8	6,3
21 - 30 Jahre	4	3,1	7	5,5
31 - 40 Jahre	1	0,8	8	6,3
41 - 50 Jahre	2	1,6	13	10,3
51 - 60 Jahre	4	3,1	4	3,1
61 - 70 Jahre	8	6,3	9	7,0
71 - 80 Jahre	7	5,5	24	18,9
81 - 90 Jahre	3	2,4	8	6,3
Keine Angaben	-	-	7	-
Gesamt	37	29,2	97	70,8

Altersverteilung der Patienten

- Hausbesuche -

Tabelle 3.3-1

Alter	Praxis W			Praxis M/U
	Absolut	Relativ	Kumuliert	Absolut
< 1 Jahr	3	2,3	2,3	-
1 - 6 Jahre	4	3,1	5,4	-
7 - 14 Jahre	7	5,5	10,9	1
15 - 20 Jahre	11	8,7	19,6	-
21 - 30 Jahre	11	8,7	28,3	1
31 - 40 Jahre	9	7,1	35,4	1
41 - 50 Jahre	15	11,8	47,2	2
51 - 60 Jahre	8	6,3	53,5	-
61 - 70 Jahre	17	13,4	66,9	1
71 - 80 Jahre	31	24,4	91,3	3
81 - 90 Jahre	11	8,7	100,0	1
Keine Angaben	7	-	-	2
Gesamt	134	100,0		12

4. Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt

4.1. Gesamtmaterial

Die Behandlungsdauer in den beiden Praxen war unterschiedlich. So lagen die Werte in Praxis M/U zwischen einer und 37 Minuten. In der Einzelpraxis dauerten die Gespräche eine bis 3o Minuten. Der Modus liegt in der letztgenannten ärztlichen Einrichtung bei zwei Minuten. Wie die Tabelle 4.1-1 zeigt, wurden die Werte zwischen einer und fünf Minuten sehr häufig erreicht. Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis benötigten meist eine Behandlungszeit von sechs Minuten. Zweithäufigster Wert ist zehn Minuten. Die Durchschnittszeit aller Arzt-Patienten-Kontakte liegt in der Kooperative bei 9,1 Minuten, in Praxis W bei 4,1 Minuten. Die Hälfte aller Beratungen waren beim Einzelarzt kürzer

als 2,9 Minuten. In der Gemeinschaftspraxis liegt der Median bei 7,5 Minuten. Mehr als zehn Minuten benötigten die Ärzte der Praxis M/U in 33,1 Prozent aller Gespräche. Diese Behandlungszeit beanspruchten in der Einzelpraxis 4,3 Prozent der Beratungen. Ein Vergleich der Gesprächszeiten der beiden Ärzte der Kooperative ergibt eine Differenz von einer Minute.

4.2. Gespräche ohne Hausbesuche

Auch ohne die Hausbesuche bleibt der Häufigkeitsgipfel in der Einzelpraxis bei zwei Minuten. In der Gemeinschaftspraxis ist der Modus weiterhin bei sechs Minuten. Der Einzelarzt benötigte für die Behandlungen während der Sprechstunde im Durchschnitt vier Minuten. Dagegen ist dieser Wert in Praxis M/U bei 8,95 Minuten. In der Praxis W wurde als längste Gesprächsdauer eine Zeit von 2o Minuten gemessen. Mehr als zehn Minuten benötigte der Einzelarzt in 17 Fällen, dies entspricht 3,6 Prozent der registrierten Fälle. In der Kooperative dauerte das längste Gespräch 37 Minuten. Zeiten zwischen einer drittel Stunde und 37 Minuten wurden in der Praxis M/U in 9 Fällen aufgezeichnet. Der Median errechnet sich in Praxis W mit 3,6 Minuten, in der Gemeinschaftspraxis mit 7,4 Minuten. Eine ausführliche Aufstellung der erreichten Zeiten gibt die Tabelle 4.2-1.

4.3. Hausbesuche

In der Gemeinschaftspraxis konnten nur 12 Hausbesuche vermerkt werden. Sie dauerten im Durchschnitt 10,6 Minuten. Dagegen wurden in der Einzelpraxis 196 Hausbesuche mit einer mittleren Behandlungsdauer von 4,5 Minuten verzeichnet. Häufigster Wert in der letztgenannten ärztlichen Einrichtung war eine Zeit von zwei Minuten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß unter der Rubrik "Hausbesuche" auch Beratungen eingeordnet wurden, die in einer Außenstelle erfolg-

ten. Die Tabelle 4.3-1 zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten der erreichten Zeiten.

4.4. Zeit der Arzt-Patienten-Kontakte bei Mehrfachbestellungen

Die folgenden Darstellungen sind in den Tabelle 4.4-1 und 4.4-2 zusammengefaßt.

4.4a. Bei einmaligem Besuch im Erhebungsraum

Die Ergebnisse der Praxis W können in drei Unterpunkte geteilt werden.

- Während der Sprechstunde

Patienten, die einmal in die Sprechstunde kamen, benötigten meist eine Behandlungsdauer von zwei Minuten. In der Gemeinschaftspraxis trifft dies für eine Zeit von sechs Minuten zu. In der letztgenannten ärztlichen Einrichtung ergibt sich bei dieser Aufschlüsselung eine Durchschnittszeit von 9,2 Minuten. In der Einzelpraxis liegt dieser Wert mit 4,1 Minuten niedriger. 34 Prozent der einmaligen Besuche in der Gemeinschaftspraxis dauerten länger als zehn Minuten. In der Praxis W traf dies lediglich für 3,4 Prozent aller Beratungen zu.

- Hausbesuche

Bei diesem Unterpunkt ist ein Vergleich nur begrenzt möglich, da in Praxis M/U keine mehrfachen Besuche in der Wohnung registriert wurden. Der mittlere Wert dieser Gesprächszeiten beträgt in der Einzelpraxis 4,3 Minuten. Zeiten von mehr als zehn Minuten benötigte der Arzt der Praxis W in 7,4 Prozent der Fälle.

- Insgesamt

Der Durchschnittszeit von 4,2 Minuten in Praxis W, steht die von 9,2 Minuten in Praxis M/U gegenüber. Der Median liegt bei 2,9 Minuten in der Einzelpraxis. Deutlich höher ist dieser Wert in der Gemeinschaftspraxis.

4.4b. Bei zwei Besuchen im Erhebungszeitraum

Bei Addition der Werte von Sprechstunde und Hausbesuchen ergibt sich in Praxis W eine mittlere Zeit von 4,4 Minuten. Eine genaue Aufteilung ist im Kapitel B 4.4 beschrieben. Patienten, die die Gemeinschaftspraxis zweimal aufsuchten, benötigten eine durchschnittliche Behandlungszeit von 8,8 Minuten. Während in der Einzelpraxis 4,6 Prozent der zweimaligen Besuche länger als zehn Minuten dauerten, waren es in der Praxis M/U neun von insgesamt 30.

4.4c. Bei drei Besuchen im Erhebungszeitraum

Diese Häufigkeit wurde in der Gemeinschaftspraxis von einem Patienten erreicht. In der Einzelpraxis konnte diese Anzahl von Behandlungen sowohl bei Hausbesuchen als auch während der Sprechstunde registriert werden. Der Arzt der Praxis W benötigte dabei eine Durchschnittszeit von 3,7 Minuten.

4.4d. Bei vier Besuchen im Erhebungszeitraum

Den Einzelarzt konsultierten zehn Patienten mit je vier Besuchen, während diese Häufigkeit in der Gemeinschaftspraxis nicht verzeichnet wurde. Insgesamt liegen die Zeiten in Praxis W zwischen einer und 13 Minuten, wobei sich als Durchschnittswert 3,7 Minuten ergeben.

Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt

- Gesamtmaterial -

Tabelle 4.1-1

	Praxis W			Praxis M/U		
Zeit	Absolut	Relativ	Kumuliert	Absolut	Relativ	Kumuliert
1'	101	15,2	15,2	2	0,9	0,9
2'	144	21,6	36,8	16	7,2	8,1
3'	104	15,6	52,4	13	5,9	14,0
4'	90	13,5	65,9	16	7,2	21,2
5'	92	13,8	79,7	18	8,1	29,3
6'	40	6,0	85,7	23	10,4	39,7
7'	21	3,1	88,8	17	7,7	47,4
8'	16	2,4	91,2	11	5,0	52,4
9'	16	2,4	93,6	12	5,4	57,8
10'	14	2,1	95,7	20	9,1	66,9
11'	4	0,6	96,3	14	6,3	73,2
12'	7	1,1	97,4	13	5,9	79,1
13'	2	0,3	97,7	6	2,7	81,8
14'	2	0,3	98,0	8	3,6	85,4
15'	5	0,8	98,8	6	2,7	88,1
16'	1	0,15	98,95	4	1,8	89,9
17'	1	0,15	99,1	5	2,2	92,1
18'	2	0,3	99,4	2	0,9	93,0
19'	2	0,3	99,7	3	1,4	94,4
20'	1	0,15	99,85	3	1,4	95,8
21'-25'	-	-	99,85	5	2,3	98,1
26'-30'	1	0,15	100,0	3	1,4	99,5
31'-40'	-	-	100,0	1	0,5	100,0
Gesamt	666	100,0		221	100,0	

Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt
- Ohne Hausbesuche -

Tabelle 4.2-1

	Praxis W			Praxis M/U		
Zeit	Absolut	Relativ	Kumuliert	Absolut	Relativ	Kumuliert
1'	79	16,8	16,8	2	1,0	1,0
2'	102	21,7	38,5	16	7,7	8,7
3'	75	16,0	54,5	13	6,2	14,9
4'	57	12,2	66,7	15	7,2	22,1
5'	64	13,6	80,3	18	8,6	30,7
6'	28	6,0	86,3	22	10,5	41,2
7'	17	3,6	89,9	15	7,2	48,4
8'	11	2,3	92,2	11	5,3	53,7
9'	11	2,3	94,5	12	5,7	59,4
10'	9	1,9	96,4	17	8,1	67,5
11'	1	0,2	96,6	12	5,7	73,2
12'	6	1,3	97,9	12	5,7	78,9
13'	1	0,2	98,1	5	2,4	81,3
14'	2	0,4	98,5	7	3,4	84,7
15'	4	0,9	99,4	6	2,9	87,6
16'	1	0,2	99,6	4	1,9	89,5
17'	-	-	99,6	5	2,4	91,9
18'	-	-	99,6	2	1,0	92,9
19'	1	0,2	99,8	3	1,4	94,3
20'	1	0,2	100,0	3	1,4	95,7
21'-25'	-	-	100,0	5	2,4	98,1
26'-30'	-	-	100,0	3	1,4	99,5
31'-40'	-	-	100,0	1	0,5	100,0
Gesamt	470	100,0		209	100,0	

Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt
- Hausbesuche -

Tabelle 4.3-1

Zeit	Praxis W			Praxis M/U
	Abs.	Relativ	Kumuliert	Absolut
1'	22	11,2	11,2	-
2'	42	21,4	32,6	-
3'	29	14,8	47,4	-
4'	33	16,9	64,3	-
5'	28	14,3	78,6	1
6'	12	6,1	84,7	-
7'	4	2,0	86,7	1
8'	5	2,6	89,3	2
9'	5	2,6	91,9	-
10'	5	2,6	94,5	-
11'	3	1,5	96,0	3
12'	1	0,5	96,5	2
13'	1	0,5	97,0	1
14'	-	-	97,0	1
15'	1	0,5	97,5	1
16'	-	-	97,5	-
17'	1	0,5	98,0	-
18'	2	1,0	99,0	-
19'	1	0,5	99,5	-
20'	-	-	99,5	-
21'-25'	-	-	99,5	-
26'-30'	1	0,5	100,0	-
Gesamt	196	100,0		12

4.4e. Bei fünf Besuchen im Erhebungszeitraum

In der Einzelpraxis wurden drei Patienten mit je fünf Besuchen registriert, wobei die Kontakte durchschnittlich 4,1 Minuten dauerten.

4.4f. Bei sechs Besuchen im Erhebungszeitraum

Zur Versorgung eines Patienten benötigte der Arzt der Praxis W insgesamt sechs Besuche. In der Gemeinschaftspraxis wurden weder fünfmalige noch sechsmalige Besuche von Kranken verzeichnet.

5. Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in beiden Praxen

Die Abbildung 5.1 und die Tabelle 5.1-1 geben Aufschluß über die Verteilung der einzelnen diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

In der Gemeinschaftspraxis wurde die Rubrik "Untersuchung" am häufigsten ausgefüllt. Der Schwerpunkt in der Praxis W liegt dagegen bei der Beratung in medizinischen Problemen. Der zuletzt genannte Punkt nimmt in Praxis M/U den zweiten Platz ein. Ein anamnestisches Gespräch führte der Einzelarzt in 59,8 Prozent der Fälle. Dieser Wert wird prozentual in der Gemeinschaftspraxis überschritten. In beiden Praxen steht die enterale und externe Medikation unter den Einzelmaßnahmen an dritter Stelle. Bei Addition aller Applikationsformen ist die Verabreichung von Arzneimitteln in der Praxis W das häufigste Ereignis. In Praxis M/U ist auch die Summe der Häufigkeiten von enteraler, externer und parenteraler Medikation kleiner als der unter Punkt "Untersuchung" angegebene Prozentsatz. Eine Aufgliederung der vorgenommenen physikalischen Untersuchungen findet sich in

der Tabelle 6.2-1, in der auch die Elektrokardiographie eingeordnet wurde.
Wie aus Tabelle 5.1-1 ersichtlich ist, führten die Gemeinschaftsärzte in 70,6 Prozent der Besuche vor der Untersuchung ein anamnestisches Gespräch mit den Patienten. Weitere 20,4 Prozent wurden untersucht, ohne daß eine kurze Anamnese unmittelbar vorher erfolgte. Dies war vor allem bei Kontrolluntersuchungen zu verzeichnen. Der Arzt der Praxis W untersuchte 36,9 Prozent der registrierten Patienten, wobei bei 22 Prozent eine kurze Befragung über Beschwerden bzw. Krankheitsverlauf durchgeführt wurde.
Am Anfang des eigentlichen medizinischen Problems standen einige persönliche Worte. Überwiegendes Thema war dabei die Familie. Weiterhin zur Sprache kamen der Arbeitsplatz, sowie aktuelle politische Ereignisse. In der Einzelpraxis spielte der kommunalpolitische Einsatz des Arztes eine Rolle bei den Unterredungen, die keinen Bezug zur Medizin hatten.
Zu den durchgeführten diagnostischen Leistungen zählen ferner die Laboruntersuchungen, die in Praxis W in 15,2 Prozent, in Praxis M/U in 10,9 Prozent aller Behandlungen verordnet wurden. Dabei beteiligten sich auch Laborfachärzte.
Die Überweisung an spezialisierte Kollegen zur weiteren diagnostischen und therapeutischen Betreuung war in der Gemeinschaftspraxis doppelt so häufig.

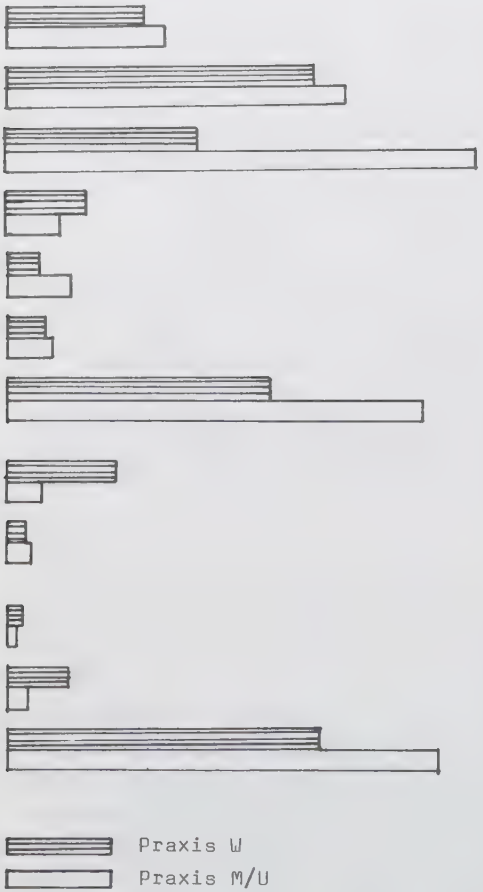
Unter den therapeutischen Maßnahmen liegt in beiden Praxen ein Schwerpunkt bei der Beratung in medizinischen Problemen. Dies gilt ebenso für die Verordnung von Arzneimitteln, wobei die enterale und externe Medikation in beiden ärztlichen Einrichtungen den zweiten Platz in der Häufigkeit der therapeutischen Leistungen einnimt. Die Gemeinschaftsärzte stellten Rezepte an 80,5 Prozent der Patienten aus. In der Einzelpraxis war dieser Wert mit 50,5 Prozent deutlich niedriger. Umgekehrt war das Verhältnis bei

der parenteralen Medikation mit 6,3 Prozent in der Praxis M/U und 20,3 Prozent in der Praxis W. Etwa gleich groß ist die Zahl der Patienten, denen eine Arbeitsruhe verordnet wurde. Dies trifft auch für die vorgenommenen Impfungen zu. Maßnahmen der kleinen Chirurgie führte der Einzelarzt bei 15 Patienten, die Gemeinschaftsärzte bei vier Patienten durch. Die Rubrik "Beratung in nichtmedizinischen Problemen" wurde in der Einzelpraxis in 76 Fällen, in der Praxis M/U in neun Fällen ausgefüllt. Wie bereits erwähnt, sind bei den therapeutischen Leistungen nur solche Maßnahmen aufgeführt, die die Ärzte selbst vornahmen. Aus diesem Grund sind im vorliegenden Material Behandlungen mit Kurzwelle, Infrarot oder Reizstrom nicht berücksichtigt.

Insgesamt registrierte der Untersucher in der Einzelpraxis 726 diagnostische und 1040 therapeutische Leistungen. In der Gemeinschaftspraxis ist die Zahl der therapeutischen Handlungen mit 419 gegenüber 397 diagnostische Maßnahmen nur gering höher. Dabei wurde der Punkt "Beratung in nichtmedizinischen Problemen" zu den therapeutischen Leistungen gezählt.

Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Abbildung 5.1



Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

Tabelle 5.1-1

diagn./therap. Leistungen	Praxis W		Praxis M/U	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1. Gespräch	177	26,6	67	30,3
2. Diagnostische Maßnahmen				
2.1. Anamnestisches Gespräch	339	59,8	145	65,6
2.2. Untersuchung				
a. mit vorausgehendem anamnestischem Gespräch	147	22,0	156	70,6
b. ohne vorausgehendem anamnest. Gespräch	99	14,9	45	20,4
2.3. Laboruntersuchungen				
a. Eigenlabor	93	14,0	22	10,0
b. Fremdlabor	8	1,2	2	0,9
2.4. Überweisungen	40	6,0	27	12,2
3. Therapeutische Maßnahmen				
3.1. Arbeitsruhe	52	7,8	19	8,6
3.2. Enterale/externe Medikation	336	50,5	178	80,5
3.3. Parenterale Medikation	135	20,3	14	6,3
3.4. Impfungen	22	3,3	10	4,5
3.5. Chirurgische Leistungen	15	2,3	4	1,8
3.6. Beratung nicht medizinischer Probleme	76	11,4	9	4,0
3.7. Beratung in medizinischen Problemen	404	60,7	185	83,7

6. Vergleich der einzelnen diagnostischen Maßnahmen in beiden Praxen

6.1. Anamnestisches Gespräch

In Praxis W enthielten 339 von 666, in Praxis M/U 145 von 221 Erhebungsbogen den Vermerk "anamnestisches Gespräch". Ausführliche Erhebungen waren selten, in der Gemeinschaftspraxis durch die größere Zahl von neuen Patienten jedoch häufiger. Außerdem nahmen die Gemeinschaftsärzte häufiger die Kartei zu Hilfe, um über frühere Erkrankungen Aufschluß zu erhalten. Meist diente jedoch eine kurze Beschreibung der Beschwerden oder eine Verlaufsbefragung als Grundlage für weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. In der Einzelpraxis ist das anamnestische Gespräch das zweithäufigste Ereignis aller aufgeführter Leistungen.

6.2. Untersuchung

Wie bereits festgestellt, war dieser Punkt das häufigste Ereignis in der Praxis M/U. Der Einzelarzt nahm eine physikalische Untersuchung in 246 der insgesamt 666 Arzt-Patienten-Kontakte vor. Die Tabelle 6.2-1 zeigt eine Gegenüberstellung der Untersuchungsmethoden, die in den einzelnen Praxen angewandt wurden. In beiden ärztlichen Einrichtungen dominiert die Überprüfung der Herz-Kreislauf-Parameter. Dabei überprüften die Gemeinschaftsärzte etwa dreimal häufiger die Blutdruckwerte, als dies der Einzelarzt durchführte. In der letztgenannten Praxis wurde keine Untersuchung des Blutdruckes im Liegen und Stehen vorgenommen. Diese Methode wurde in der Gemeinschaftspraxis dagegen in 5,4 Prozent der Kontakte registriert. Auch die Kontrolle der Pulsfrequenz war in der Gemeinschaftspraxis häufiger zu verzeichnen. Elektrokardiographische Untersuchungen führten die Ärzte beider Praxen durch. Insgesamt konnten in der Gemeinschaftspraxis in 51,6 Prozent aller Gespräche,

in Praxis W in 13,55 Prozent der Gesamtzahl Überprüfungen der Herz-Kreislauf-Parameter vermerkt werden. Die Auskultation von Thorax und Abdomen stand in Praxis M/U in 16,7 Prozent, in der Einzelpraxis in 3,8 Prozent der registrierten Fälle im Mittelpunkt der körperlichen Untersuchung. Kontrollen im HNO-Bereich führten die Gemeinschaftsärzte bei 26 Kranken (11,65 Prozent), der Arzt der Praxis W bei 17 Patienten (2,6 Prozent) durch. Den größeren Anteil an Untersuchungsmethoden aus dem Gebiet der Orthopädie stellte die Praxis W mit 5,2 Prozent.

Die Ärzte beider Praxen betreuten Patienten im Anschluß an klinische Behandlung.

Die Gemeinschaftsärzte nahmen bei 38 Patienten mehrere der in der Tabelle 6.2-1 angegebenen Kontrollen vor. In der Einzelpraxis war dies in 14 Erhebungsbogen vermerkt.

In der Praxis W wurden 21, in der Kooperative neun Vorsorgeuntersuchungen gezählt.

6.3. Laboruntersuchungen

Die Bestimmung der Blut- und Harnwerte erfolgte überwiegend im praxiseigenen Labor. Fachärzte wurden herangezogen zur Bestimmung der Schilddrüsenhormonkonzentration, des Gesamteiweißes mit Elektrophorese. Der Einzelarzt ordnete 80 Blut- und 13 Harnuntersuchungen an. Die Gemeinschaftsärzte nahmen bei sechs Kranken Blutuntersuchungen und bei 19 Patienten Harnanalysen vor.

Diagnostische Leistungen :
- Aufschlüsselung nach Untersuchungsmethoden -

Tabelle 6.2-1

Untersuchungsmethoden	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1. Vorsorgeuntersuchungen:				
1.1. Säuglings- und Kindervorsorgeuntersuchungen	5	0,75	2	0,9
1.2. Jugendschutzunters.	3	0,45	-	-
1.3. Mutterschaftsvorsorge	5	0,75	2	0,9
1.4. Krebsvorsorge	8	1,2	5	2,3
2. Untersuchungen im HNO-Bereich				
2.1. Otoskopie	9	1,4	9	4,0
2.2. Rhinoskopie	2	0,3	1	0,45
2.3. Mundspiegelung	3	0,45	12	5,4
2.4. Sonst. Untersuchungen	3	0,45	4	1,8
3. Augenuntersuchungen				
3.1. Augenspiegelung	4	0,6	2	1,0
3.2. Sonst. Untersuchungen	2	0,3	-	-
4. Orthopädische Untersuchungen				
4.1. Muskelverspannungen	15	2,3	5	2,3
4.2. Gelenkbeweglichkeit	19	2,9	3	1,4
5. Dermatologische Untersuchungen	15	2,3	4	1,8
6. Neurologische Untersuchungen	3	0,45	3	1,4
7. Herz-Kreislauf-Parameter				
7.1. RR	76	11,4	87	39,3
7.2. RR im Liegen und Stehen	-	-	12	5,4
7.3. Radialispulse	3	0,45	8	3,6

Tabelle 6.2-1 (Fortsetzung)

Untersuchungsmethoden	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
7.4. Fußpulse	-	-	2	1,0
7.5. EKG	11	1,7	5	2,3
8. Atemfunktionsprüfung	1	0,15	-	-
9. Auskultation und Perkussion				
9.1. Abdomen	17	2,6	21	9,5
9.2. Thorax	8	1,2	16	7,2
10. Palpation				
10.1. Mamma	-	-	1	0,45
10.2. Schilddrüse	3	0,45	2	1,0
10.3. Rektale Untersuchung	3	0,45	-	-
10.4. Unterschenkel	3	0,45	2	1,0
11. Untersuchung nach Unfällen	10	1,5	11	5,0
12. Kontrolluntersuchung nach eigener chirurg. Behandlung	19	2,9	8	3,6
13. Kontrolluntersuchungen sonstiger im Erhebungsraum behandelter Krankheiten	-	-	9	4,0
14. Nachuntersuchung nach klinischer Behandlung	15	2,3	4	1,8
15. Kombination der bisher angegebenen Methoden	14	2,1	38	17,2

6.4. Überweisungen

In der Tabelle 6.4-2 sind die ausgestellten Überweisungen nach Fachgebieten aufgegliedert. Aus dem Gesprächsverlauf war nicht in jedem Falle zu schließen, ob der Facharzt zur diagnostischen Abklärung zu Rate gezogen wurde, oder ob er die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einleiten sollte. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung wird in der Tabelle 6.4-1 nach dem Grund der Konsultation aufgeschlüsselt.

In der Praxis W dominiert unter den Überweisungen eindeutig die Vorstellung bei einem Ophthalmologen. Während der Einzelarzt keinen Gynäkologen zu Rate zog, empfahlen die Ärzte der Praxis M/U drei Patienten, einen Facharzt für Frauenkrankheiten aufzusuchen. In der Einzelpraxis wurden Internisten lediglich zur Durchführung von Röntgenuntersuchungen benötigt. Die Gemeinschaftsärzte überwiesen auch in einer anderen Fragestellung an einen Facharzt für innere Krankheiten. Insgesamt ist die prozentuale Häufigkeit der Facharztkonsultationen in der Gemeinschaftspraxis doppelt so häufig.

Aufgliederung der Überweisungen nach dem Grund der Konsultation

Tabelle 6.4-1

Gewünschte Leistung des Facharztes	Praxis W		Praxis M/U	
	Abs.	Relativ	Abs.	Relativ
Diagnose	17	2,6	13	5,8
Therapie	8	1,2	7	3,2
Keine Unterscheidung möglich	15	2,2	7	3,2
Gesamt	40	6,0	27	12,2

Aufgliederung der Überweisungen nach Fachgebieten

Tabelle 6.4-2

Fachgebiet	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	abs.	rel.	abs.	rel.
1. Röntgenuntersuchung beim				
1.1. Internisten	4	0,6	3	1,4
1.2. Pulmologen	1	0,15	-	-
1.3. Chirurgen	4	0,6	4	1,8
2. Nuklearmedizin	1	0,15	1	0,45
3. Internist - ohne 1.1. -	-	-	1	0,45
4. Ophthalmologe	11	1,65	4	1,8
5. Gynäkologe	-	-	3	1,4
6. HNO-Arzt	2	0,3	1	0,45
7. Urologe	3	0,45	1	0,45
8. Neurologe	1	0,15	1	0,45
9. Dermatologe	1	0,15	-	-
10. Behandlung durch Klinikärzte				
10.1. ambulant -ohne 1.1. u. 1.3.	-	-	2	0,9
10.2. stationär	5	0,75	4	1,8
11. Optiker	1	0,15	-	-
12. Keine Angaben	6	0,9	2	0,9
Gesamt	40	6,0	27	12,25

7. Vergleich der Diagnosen der registrierten Patienten in beiden Praxen

7.1. Dauerdiagnosen und frühere gravierende Erkrankungen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten

In beiden Praxen gehören diese Krankheitsbilder vorwiegend zum Spektrum der Inneren Medizin. Während in Praxis W die Herzinsuffizienz die häufigste chronische Behandlungsursache ist, trifft dies in der Praxis M/U für die Hypertonie zu. In der Einzelpraxis wurden mehr Patienten registriert, die bereits wegen einer Angina pectoris vera in Behandlung waren. Dagegen erfaßte die Untersuchung in der Gemeinschaftspraxis mehr Kranke mit bereits diagnostizierten peripheren arteriellen oder venösen Durchblutungsstörungen. Die neben der Hypertonie wichtigen Risikofaktoren Diabetes mellitus, Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie und Hyperuricämie sind bei Patienten beider Praxen Teil oder Ursache der Behandlung.

Aus der Tabelle 7.1-1 ist die Verteilung der Diagnosen ersichtlich. Dabei ist das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Erhebung angegeben. Die Aufstellung zeigt, daß der Allgemeinarzt Kranke mit Gesundheitsstörungen aus mehreren Fachbereichen betreut. Die Erkrankungen betreffen vor allen Dingen ältere Patienten. Insgesamt wurden in der Einzelpraxis 783, in der Gemeinschaftspraxis 287 dieser Diagnosen registriert.

7.2. Im Erhebungszeitraum zusätzlich gestellte Diagnosen

In beiden Praxen wurden am häufigsten Infekte der oberen Luftwege beobachtet. Der Einzelarzt stellte bei 38, die Ärzte der Praxis M/U bei neun Patienten dermatologische Erkrankungen fest. In beiden ärztlichen Einrichtungen wurden in ungefähr gleicher Häufigkeit Wirbelsäulensyndrome,

rheumatische Beschwerden und Tendovaginitiden beobachtet. Ferner behandelten die Ärzte beider Praxen Patienten mit gynäkologischen Störungen, Migräne, Gastroenteritiden und Varizen. Auch andere Diagnosen wurden gestellt, jedoch mit geringerer Häufigkeit als die erwähnten Krankheitsbilder.

7.3. Häufigste Diagnosen und Problemenbereiche bei Mehrfachbestellungen

Der Einzelarzt benutzte die meisten Mehrfachbestellungen zur Verabreichung von durchblutungsfördernden Maßnahmen, die Gemeinschaftsärzte zur Kontrolle bei Infekten der oberen Luftwege. In Praxis W folgt in der Reihenfolge die Behandlung rheumatischer Beschwerden. Weitere Gründe für mehrmalige Besuche der Patienten waren in der Einzelpraxis Überwachung von Wundheilungen, in der Praxis M/U Verlaufskontrollen bei Harnwegsinfekten und Tendovaginitiden.

Dauerdiagnosen und frühere gravierende Gesundheitsstörungen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten

Tabelle 7.1-1

Diagnose/Fachgebiet	Praxis W			Praxis M/U		
	Abs.	Relativ bei 462 Pat.	Durchschn. Alter	Abs.	Relativ bei 204 Pat.	Durchschn. Alter
Innere Medizin						
Hypertonie	56	12,1	65,5	43	21,1	61,8
Ang. pectoris, Coronarinsuff., Kardiosklerose	48	10,4	68,6	18	8,8	65,3
Herzinsuffizienz	102	22,1	71,4	31	15,2	62,0
Herzfehler	1	0,2		8	3,9	41,3
Arterioskl. und Zerebralsklerose	92	19,9	72,6	1	0,5	80,0
Periph. art. und ven. Durchblutungsstör.	23	5,0	60,1	19	9,3	62,4
Chron. Bronchitis, Emphysembronchitis	17	3,7	51,3	4	2,0	56,5
Asthma bronchiale, Cor pulmonale	6	1,3	57,5	2	1,0	70,5
Hiatushernie	1	0,2	56,0	-	-	-
Gastritis	5	1,1	54,2	1	0,5	48,0
Ulcera ventriculi et duodeni	1	0,2	46,0	-	-	-
Cholecystopathie,-lithiasis,-zystitis	19	4,1	62,2	4	2,0	53,2
Postcholecystektomiesyndrom	4	0,9		-	-	-
Hepatopathien, einschl. Zirrhosen	46	9,9	50,0	15	7,4	49,7

Tabelle 7.1-1 (Fortsetzung)

Diagnose/Fachgebiet	Praxis W			Praxis M/U		
	Abs.	Relativ bei 462 Pat.	Durchschn. Alter	Abs.	Relativ bei 204 Pat.	Durchschn. Alter
Portale Encephalopathie	1	0,2	46,0	-	-	-
Pankreopathie, Pankreatitis	12	2,6	57,0	-	-	-
chron. Obstipation, Hämorrhoiden	6	1,3	57,6	6	2,9	57,6
Nephrolithiasis, Urolithiasis	1	0,2	73,0	2	1,0	67,5
chron. Pyelonephritis	23	5,0	63,8	-	-	-
chronischer Harnwegsinfekt	1	0,2	59,0	1	0,5	21,0
Urämie	3	0,6	76,0	-	-	-
Blutkrankheiten	12	2,6	64,8	12	5,9	52,7
Struma diffusa	29	6,3	32,6	14	6,9	37,2
Hyperthyreose	7	1,5	31,0	1	0,5	68,0
Diabetes mellitus	41	8,8	66,9	8	4,0	62,2
Hyperuricämie	9	1,9	61,3	3	1,5	56,7
Hypertriglyceridämie, Hypercholesterinämie	39	7,9	52,7	15	7,4	56,7
Hypotonie	38	8,2	51,5	7	3,4	33,3
Orthostase	-	-	-	10	4,9	29,2
Prostatahypertrophie	-	-	-	1	0,5	69,0
Hautkrankheiten	5	1,1	45,3	4	2,0	45,5

Tabelle 7.1-1 (Fortsetzung)

Diagnose/Fachgebiet	Praxis W			Praxis M/U		
	Abs.	Relativ bei 462 Pat.	Durchschn. Alter	Abs.	Relativ bei 204 Pat.	Durchschn. Alter
Gynäkologische Erkrankungen						
Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	12	2,6	47,4	-	-	-
Klimakterisches Syndrom	7	1,5	49,6	4	2,0	52,0
Neurologie und Psychiatrie						
Epilepsie	4	0,9	51,0	-	-	-
Parkinson Syndrom	4	0,9	73,2	-	-	-
Schizophrenie	1	0,2	23,0	-	-	-
Depressionen	2	0,4	59,0	2	1,0	60,0
Anorexie	-	-	-	1	0,5	
Vegetative Dystonie, Psychosoziales Syndrom	19	4,1	38,8	11	5,4	41,7
Migräne	2	0,4	32,0	5	2,5	38,0
Paresen	2	0,4	47,5	-	-	-
Orthopädie						
Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Degeneration der Gelenke, Wirbelsäulensyndrome	44	9,5	46,4	19	9,3	60,2
Polyarthritis rheum. chron.	2	0,4	47,0	3	1,5	52,0

8. Vergleich der einzelnen therapeutischen Maßnahmen in beiden Praxen

8.1. Gespräche mit rein therapeutischen Maßnahmen

Sowohl in der Einzel-, als auch in der Gemeinschaftspraxis wurden Arzt-Patienten-Kontakte registriert, die ohne diagnostische Leistungen abliefen. In Praxis W trifft dies für 30,05 Prozent zu. Dagegen ist die Zahl der rein therapeutisch geprägten Gespräche in der Gemeinschaftspraxis mit 9,00 Prozent deutlich niedriger. Diese Interaktionen sind in der Tabelle 8.1-1 näher aufgeschlüsselt, wobei auch die Kombinationsmöglichkeiten aufgeführt sind.

In Praxis M/U dominiert die alleinige Beratungen bei den rein therapeutischen Maßnahmen, während hierbei in der Praxis W die parenterale Medikation am häufigsten vermerkt wurde. Bei den Gesprächen, bei denen keine diagnostische, jedoch mehrere therapeutische Leistungen erbracht wurden, steht die enterale Medikation und gleichzeitige Beratung in der Häufigkeit an erster Stelle.

8.2. Arbeitsruhe

Eine befristete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erteilte der Einzelarzt 7,8 Prozent, die Ärzte der Praxis M/U 8,6 Prozent der Patienten. Die häufigsten Anlässe waren grippale Infekte, rheumatische Beschwerden und Wirbelsäulensyndrome.

8.3. Enterale und externe Medikation

Da enterale und extern angewandte Medikamente häufig auf dem gleichen Rezeptformular verordnet werden, war ein getrennter Vermerk beider Darreichungsformen nicht möglich.

Arzt-Patienten-Kontakte ohne diagnostische Leistungen

Tabelle 8.1-1

	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1. Gespräche mit einer therapeutischen Maßnahme				
1.1. Enterale Medikation	25	3,8	2	0,9
1.2. Parent. Medik., einschl. Impfungen	45	6,8	3	1,4
1.3. Beratung	32	4,8	6	2,7
1.4. FacharztÜberweisung	7	1,0	1	0,4
2. Gespräche mit mehreren therapeutischen Maßnahmen				
2.1. Enter. und par. Medik.	18	2,7	-	-
2.2. Enter. Medik., Beratung	30	4,5	4	1,8
2.3. Parent. Med., Beratung	14	2,1	3	1,4
2.4. Ent., parent. Medik., Beratung	16	2,4	-	-
2.5. Enter. Medik., Überweisung	1	0,15	-	-
2.6. Überweisung, Beratung	3	0,45	1	0,4
2.7. Arbeitsruhe, Beratung, ent. Medikation	1	0,15	-	-
2.8. Arbeitsruhe, Beratung, parent. Medikation	1	0,15	-	-
2.9. Arbeitsruhe und Beratung	2	0,3	-	-
2.10. Arbeitsruhe, Beratung, Überweisung	1	0,15	-	-
3. Routinemäßiger Hausbesuch ohne diagnostische und therapeutische Leistungen	4	0,6	-	-
Gesamt	200	30,05	20	9,0

Diese therapeutische Maßnahme erhielten in der Gemeinschaftspraxis 80,5 Prozent, in der Praxis W 50,5 Prozent der registrierten Kranken. Bei Addition aller Applikationsformen, ist die Verordnung von Arzneimitteln in der Einzelpraxis das häufigste, in der Gemeinschaftspraxis das zweithäufigste Ereignis.

8.4. Parenterale Medikation

Diese Spalte wurde in der Praxis W in 20,3 Prozent, in der Gemeinschaftspraxis in 6,3 Prozent aller Erhebungsbogen ausgefüllt. Die Ärzte beider Praxen führten dabei vorwiegend Injektionen zur Bekämpfung rheumatischer Beschwerden durch. Daneben verabreichte der Einzelarzt auf parenteralem Wege durchblutungsfördernde Medikamente.

8.5. Impfungen

Maßgeblichen Anteil an der Prozentzahl von 3,3 in Praxis W und 4,5 Prozent in der Gemeinschaftspraxis hatten Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Der Einzelarzt führte auch Injektionen im Rahmen von Reisevorbereitungen durch, wobei die Betroffenen akut von Cholera befallene Länder besuchten.

8.6. Chirurgische Leistungen

Maßnahmen der kleinen Chirurgie wurden in beiden Praxen verzeichnet. Während die Gemeinschaftsärzte kleine Schnitt- und Platzwunden versorgten, entfernte der Einzelarzt daneben noch Fremdkörper aus Auge und Gehörgang. Außerdem nahm er die Verödung von Varizen und die Abtragung eines Fibroms vor.

8.7. Beratung in nichtmedizinischen Problemen

In 76 Gesprächen führte der Einzelarzt Beratungen zur Altersversorgung, sowie über Renten- und Versicherungsfragen durch. Ebenso wie die Gemeinschaftsärzte gab er Hinweise zu Schule und Studium. Ferner sprach sich der Einzelarzt bei einigen Patienten für einen innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel aus.

8.8. Beratung in nichtmedizinischen Problemen

Die Tabelle 8.8-1 gibt eine Aufteilung und Gegenüberstellung der in den beiden Praxen durchgeführten Beratungen. In Praxis W war die Erläuterung medizinischer Probleme die häufigste aller diagnostischen und therapeutischen Handlungen des Einzelarztes. Unter den therapeutischen Leistungen stellt die Beratung auch in der Praxis M/U den größten Anteil.

Zentrale Themen waren in der Einzelpraxis Erklärungen zum Therapieplan, in der Gemeinschaftspraxis die Dosierung von Medikamenten. Die Patienten wurden außerdem über frühere Untersuchungsergebnisse aufgeklärt, wobei die Ärzte insbesondere auf die Laborwerte hinwiesen. Ebenfalls wichtig war der Rat, notwendige Kontrollen in regelmäßigen Abständen in der eigenen Praxis oder beim Spezialisten vornehmen zu lassen. Dabei ist die Prozentzahl der zuletzt genannten Beratung in der Gemeinschaftspraxis wesentlich höher als in der Einzelpraxis. Ferner wurden die Patienten über notwendige Änderungen von Verhaltensweisen aufgeklärt.

Beratung in medizinischen Problemen

Tabelle 8.8-1

Inhalt der Beratung	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
1. Entstehung der Symptome	30	4,5	33	14,9
2. Aufklärung über bisherige Untersuchungsergebnisse				
2.1. Laborwerte	61	9,2	20	9,0
2.2. Facharztbericht	30	4,5	11	5,0
2.3. Vorsorgeuntersuchung	2	0,3	2	1,0
2.4. EKG	8	1,2	5	2,3
3. Hinweis auf regelmäßig notwendige Untersuchungen				
3.1. Laboruntersuchungen	14	2,1	18	8,1
3.2. RR Kontrollen	1	0,15	12	5,4
3.3. Krebsvorsorge	5	0,75	5	2,3
3.4. Sonstige Kontrollen	6	0,9	5	2,3
4. Notwendige Untersuchungen beim Facharzt				
4.1. Röntgenkontrolle	12	1,8	5	2,3
4.2. Szintigraphie	-	-	3	1,4
4.3. Augenuntersuchungen	3	0,45	2	1,0
4.4. Sonstige Untersuchungen	6	0,9	2	1,0
5. Untersuchungsmethode und -vorbereitung	8	1,2	10	4,5
6. Therapieplan	85	12,8	20	9,0
7. Notwendige Operationen bzw. Klinikaufenthalte	12	1,8	7	2,2
8. Dosierung der Medikamente	73	11,0	51	23,1
9. Wirkung der Medikamente	18	2,7	33	14,9
10. Nebenwirkung von Medikamenten	28	4,2	11	5,0
11. Impfschutz	29	4,4	4	1,8

Tabelle 8.8-1 (Fortsetzung)

Inhalt der Beratung	Praxis W bei 666 Gesprächen		Praxis M/U bei 221 Gesprächen	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
12. Mögliche Komplikationen im Verlauf der Erkrankung	2	0,3	6	2,7
13. Änderung von Verhaltensweisen				
13.1. Gewichtsreduzierung	18	2,7	5	2,3
13.2. Ernährung	13	2,0	15	6,8
13.3. Sportliche Betätigung	20	3,0	7	3,2
13.4. Alkohol	4	0,6	2	1,0
13.5. Nikotin	4	0,6	2	1,0
13.6. Kur	6	0,9	1	0,45
13.7. Psychische Einstimmung auf die Erkrankung	2	0,3	-	-
13.8. Beratung in speziellen Lebensfragen	18	2,7	13	5,9
14. Maßnahmen zur Unterstützung der Therapie				
14.1. Bettruhe	5	0,75	10	4,5
14.2. Arbeitsplatzwechsel	6	0,9	3	1,4
15. Verhalten bei plötzlichem Auftreten der Erkrankung	2	0,3	5	2,3
16. Beratung zum § 218	1	0,15	-	-

Die wesentlichen Ergebnisse sind in den folgenden Absätzen zusammengefaßt.

D. Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Die Untersuchung erfaßte insgesamt 666 Patienten. Dabei stellte die Praxis W 462, die Gemeinschaftspraxis 204 Patienten.
2. In der Einzelpraxis wurden 204 Mehrfachbestellungen, in der Praxis M/U 17 mehrmalige Besuche registriert. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 887 Gesprächen.
3. Die Zahl der erstmals in die Sprechstunde gekommenen Patienten war in der Gemeinschaftspraxis fünfmal so hoch.
4. Der Anteil der weiblichen Patienten ist in der Praxis M/U höher.
5. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt in der Einzelpraxis bei 42,4 Jahren, in der Gemeinschaftspraxis bei 38,1 Jahren.
6. Bei der Altersverteilung im Gesamtmaterial ergibt sich in Praxis W ein Häufigkeitsgipfel bei den 31 - 40 jährigen, in Praxis M/U bei den Patienten der 7. Lebensdekade.
7. Das mittlere Alter der männlichen Kranken des Einzelarztes beträgt 40,1 Jahre, das der Patientinnen 43,6 Jahre. In der Gemeinschaftspraxis waren die männlichen Kranken durchschnittlich 43,2 Jahre, die weiblichen Patienten 35,6 Jahre alt.
8. Die über 60 Jahre alten Patienten gehören in Praxis W vorwiegend dem weiblichen Geschlecht an. In der Praxis M/U ist dagegen der Anteil der Patientinnen bei den jüngeren Altersklassen größer.
9. Insgesamt erfaßte die Untersuchung Patienten vom Säuglings- bis zum Greisenalter.
10. Berücksichtigt man nur die Patienten, die in der Sprechstunde behandelt wurden, ergibt sich in der Einzelpraxis ein Durchschnittsalter von 36,8 Jahren. In der Gemeinschaftspraxis ist dieser Wert mit 37,15 Jahren be-

rechnet.

11. Die meisten während der Sprechstunde behandelten Patienten gehörten in der Einzelpraxis zur 4. Lebensdekade, in der Gemeinschaftspraxis zur 7. Lebensdekade.
12. Zu Hause besuchte der Einzelarzt vorwiegend die 71 - 80 jährigen Kranken. Die Hausbesuche der Gemeinschaftsärzte galten zum größten Teil den über 60 Jahre alten Patienten. Hierbei sei auf die geringe Zahl der registrierten Hausbesuche in der letztgenannten Einrichtung hingewiesen.
13. Das mittlere Alter der bei Hausbesuchen betreuten Patienten beträgt in Praxis W 55,4 Jahre, in Praxis M/U 46,1 Jahre.
14. In der Einzelpraxis waren Gesprächszeiten zwischen einer und 30 Minuten zu verzeichnen. Die Werte in der Gemeinschaftspraxis lagen zwischen einer und 37 Minuten.
15. Im Gesamtmaterial häufigster Wert war in der Einzelpraxis eine Gesprächsdauer von zwei Minuten. In der Gemeinschaftspraxis lag der Modus bei sechs Minuten.
16. In der Kooperative dauerten die Behandlungen im Durchschnitt 9,1 Minuten, während der Einzelarzt im Mittel 4,1 Minuten benötigte.
17. In der Einzelpraxis ergibt sich ein Median von 2,9 Minuten, in Praxis M/U waren 50 Prozent aller Gespräche länger als 7,5 Minuten.
18. In der Gemeinschaftspraxis war der Anteil der über 20 Minuten verlaufenden Behandlungen wesentlich höher.
19. Eine Aufteilung der Gesprächszeiten der Gemeinschaftsärzte untereinander ergibt im Durchschnittswert eine Differenz von einer Minute.
20. Der Einzelarzt benötigte für eine Beratung während der Sprechstunde im Durchschnitt 4,0 Minuten. Bei den Gemeinschaftsärzten dauerten diese im Mittel 8,95 Minuten.
21. Die Gesprächszeiten während der Sprechstunde ergeben in Praxis W einen Median von 3,6 Minuten. In der Koopera-

tive liegt dieser Wert bei 7,4 Minuten.

22. Die Hausbesuche des Einzelarztes dauerten im Durchschnitt 4,5 Minuten. Die Gemeinschaftsärzte benötigten eine Durchschnittszeit von 10,6 Minuten.
23. Unter allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wurde in der Praxis W der Punkt "Beratung in medizinischen Problemen", in der Gemeinschaftspraxis die Untersuchung am häufigsten registriert.
24. Bei Addition der enteralen, externen und parenteralen Medikation ist die Verordnung von Arzneimitteln in der Einzelpraxis das häufigste, in der Gemeinschaftspraxis das zweithäufigste Ereignis.
25. Die Ärzte beider Praxen führten bei etwa einem Drittel aller Gespräche kurze Unterhaltungen, die keinen Bezug zum eigentlichen medizinischen Problem hatten.
26. Der Anteil der Überweisungen ist in der Gemeinschaftspraxis etwa doppelt so groß.
27. In der Einzelpraxis erhielten 50,5 Prozent der Patienten Arzneimittel. Die Gemeinschaftsärzte verordneten Medikamente an 80,5 Prozent der Patienten.
28. In beiden Praxen wurde die Beratung in medizinischen Problemen häufig registriert. Zentrale Themen waren dabei bisherige Untersuchungsergebnisse, Therapieplan, Dosierung von Medikamenten. Hingewiesen wurde ferner auf notwendige Änderungen in den Verhaltensweisen, sowie auf regelmäßig erforderliche Kontrollen der Risikofaktoren.
29. Die Beratung in nichtmedizinischen Problemen erfolgte in der Einzelpraxis häufiger.
30. In beiden Praxen stand die Kontrolle der Herz- und Kreislauffunktion an der Spitze der Untersuchungen.
31. Die Ärzte führten Untersuchungsmethoden aus mehreren Fachbereichen durch.
32. Rein therapeutisch geprägt waren in Praxis W 30,05 Prozent und in Praxis M/U 9,0 Prozent aller Gespräche.
33. Bei den Patienten der Einzelpraxis wurden 783 Dauer-

diagnosen, bei den Kranken der Gemeinschaftspraxis 287 chronische Krankheiten registriert. Diese gehören vorwiegend zum Gebiet der Inneren Medizin.

34. Zu den häufigsten Dauerdiagnosen zählen in der Einzelpraxis die Herzinsuffizienz, Arteriosklerose mit Zerebralsklerose, Hypertonie, Angina pectoris, Hepatopathien, Degenerationen der Gelenke und der Wirbelsäule, sowie Diabetes mellitus.
35. In Praxis M/U ergibt sich folgende Reihenfolge: Hypertonie, Herzinsuffizienz, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, periphere Durchblutungsstörungen, Coronarinsuffizienz, Hepatopathien.
36. Während des Erhebungszeitraumes waren am häufigsten Infekte der Atemwege zu verzeichnen. Weiterhin diagnostizierten die Ärzte Wirbelsäulensyndrome, Distorsionen, rheumatische Beschwerden. Andere Gesundheitsstörungen waren seltener.

Kapitel VI

D I S K U S S I O N

A. Diskussion der Methode

Die Versuchsanordnung war so erarbeitet, daß der Untersucher weder vom Arzt, noch vom Patienten in das Gespräch einbezogen wurde. Die Anwesenheit einer dritten Person störte die stattfindenden Kontakte nach Meinung der Praxisinhaber nicht. Allerdings konnten in der Gemeinschaftspraxis solche Gespräche teilweise nicht registriert werden, in denen vertrauliche Themen zu erwarten waren. Aus dem gleichen Grund sind im vorliegenden Material auch weitaus weniger Hausbesuche aufgezeichnet, als im Erhebungszeitraum tatsächlich stattfanden.

In der Praxis W mußte der Untersucher dem zügigen Arbeitstempo des Arztes folgen. Die Arzt-Patienten-Kontakte fanden in der Einzelpraxis fortlaufend in vier verschiedenen Räumen statt. Dennoch war in der letztgenannten Praxis von Vorteil, daß die Arbeitsweise des Arztes schon nach kurzer Zeit eingeschätzt werden konnte. Durch den Wechsel unter den Ärzten fiel es dagegen in der Gemeinschaftspraxis schwerer, ein Konzept in die Aufzeichnungen zu bringen. Dies wurde teilweise dadurch kompensiert, daß die Arzt-Patienten-Kontakte in der Kooperative länger dauerten und daher mehr Zeit für die Registrierung der einzelnen Punkte bestand. Ursprünglich plante der Autor, jeweils einen Tag bei einem Arzt der Gemeinschaftspraxis zu verbringen. Dies konnte aber nicht konsequent durchgeführt werden. Einerseits verwiesen die Ärzte auf gerade stattfindende Gespräche beim Kollegen, wenn aus verständlichen Gründen eine vertrauliche Unterredung mit dem Patienten gewünscht wurde. Andererseits kamen Hausbesuche dazwischen, die nur bei einem Arzt aufgezeichnet werden konnten.

Die Praxisauswahl war insofern günstig, als eine sehr gut durchorganisierte Praxis mit einer erst seit einem Jahr bestehenden ärztlichen Einrichtung verglichen wurde. Die da-

bei aufgetretenen Unterschiede im Praxisablauf und bei den Gesprächen mit den Patienten, werden im folgenden Kapitel "Diskussion der Ergebnisse" beschrieben. In der Praxis M/U war der Ablauf noch nicht so organisiert, da die Ärzte bis zur Eröffnung einer neuen Praxis in einigen gemieteten Räumen praktizierten, die als Überbrückung dienten. Aus diesen Gründen kam es auch zu einigen Gesprächen, die außerhalb des Sprechzimmers stattfanden und nicht registriert werden konnten.

Beim Einzelarzt waren die Aufzeichnungsbedingungen günstig. Einzige Schwierigkeit war der Zeitdruck, unter dem die Registrierung erfolgen mußte. Mit Ausnahme von acht Krebsvorsorgeuntersuchungen und zwei vertraulichen Gesprächen, die von den Patienten gewünscht wurden, konnte der Untersucher bei allen stattfindenden Kontakten des Erhebungszeitraums dabei sein. Das beim Einzelarzt gesammelte Material gibt daher einen guten Einblick in die Arbeit eines Allgemeinmediziners.

Die Zeitdauer von zwei aufeinanderfolgenden Wochen war für die Praxis W ausreichend. In der Gemeinschaftspraxis wäre eine längere Zeitspanne nützlich gewesen, um verschiedene Arbeitsweisen der Ärzte zu erkennen. Ein größerer Erhebungszeitraum hätte außerdem Aufschluß über die tatsächliche Zahl der Mehrfachbestellungen und über den diagnostischen Ablauf gegeben.
Der entworfene Erhebungsbogen genügte den Anforderungen der Untersuchung. Ziel der Erhebung war nicht, die stattfindenden Gespräche anhand bestimmter Rubriken aus Fragebogen zu analysieren. Vielmehr sollten die Maßnahmen, die bei dem Kontakt getroffen wurden, frei aufgezeichnet werden, wobei die im Formular angegebenen Punkte eine Hilfe für die spätere Auswertung darstellten.

Schwierigster Punkt war die Registrierung der gestellten

Diagnosen. Um einen ungestörten Praxisablauf zu gewährleisten, wurden keine Fragen an den Arzt gestellt. Die Diagnosen sind daher dann im Erhebungsbogen eingetragen, wenn sie während des Gespräches erwähnt wurden, bzw. aus dem Untersuchungsergebnis darauf geschlossen werden konnte. Im letztgenannten Fall erfolgte die Zuteilung zu bestimmten Krankheitsgruppen. Eine genauere Aufzeichnung der von den Ärzten diagnostizierten Gesundheitsstörungen war durch die angewandte Versuchsanordnung nicht möglich.

B. Diskussion der Ergebnisse

1. Patientenbeschreibung

Von den insgesamt 666 registrierten Patienten besuchten 17 Kranke die beiden Praxen zum erstenmal. Dies entspricht einem Anteil von 2,6 Prozent der Gesamtpatientenzahl. In der Gemeinschaftspraxis gehörten 5,9 Prozent, in der Einzelpraxis 1,08 Prozent der erfaßten Klientel zu den Patienten, die die jeweilige ärztliche Einrichtung vor der Erhebung noch nicht besuchten.

In beiden Praxen war somit der größte Teil aller Kranken bereits bekannt. In der Verdenstudie I43I wurden 2,1 Prozent der Patienten zum erstenmal von den beteiligten Ärzten behandelt. Eine in einer großstädtischen Allgemeinpraxis an sechs aufeinanderfolgenden Halbtagen durchgeführte Untersuchung ergab eine Zahl von 2,4 Prozent vorher nicht bekannter Patienten. I4I In der Verdenstudie, die in 13 Praxen stattfand, wurde ein relativ hoher Anteil an neuen Kranken in einer ärztlichen Einrichtung bemerkt, die zum Zeitpunkt der Untersuchung erst seit zwei Jahren bestand. Eine ähnliche Feststellung gilt für die Gemeinschaftspraxis, in der Material für die vorliegende Arbeit gesammelt wurde. Die im Vergleich zur Einzelpraxis relativ hohe Quote neuer Patienten, kann mit der kurzen Niederlassungszeit von einem Jahr erklärt werden. Dagegen bestand die Einzelpraxis bereits seit fünf Jahren. Während sich die Gemeinschaftspraxis auch in Bezug auf die Klientel noch im Aufbau befindet, betreut der Einzelarzt ein weitgehend gleichbleibendes Patientengut. Bemerkenswert ist, daß zwei der erstmals vom Einzelarzt betreuten Kranken erst vor kurzem zugezogen sind. Die übrigen drei Patienten besuchten deshalb die Praxis W, da der bisher behandelnde Hausarzt aus persönlichen Gründen eine kleinere Zahl von Kranken betreut.

Die Gemeinschaftsärzte praktizieren an einem Ort, an dem zwei weitere Allgemeinärzte, eine Kinderärztin und zwei Internisten tätig sind. Durch das größere medizinische Angebot ist hier wahrscheinlich ein stärkerer Wechsel im Patientengut anzutreffen, als dies in der Einzelpraxis der Fall ist. Es ist daher möglich, daß sich die Patienten erst nach Kennenlernen der übrigen ansässigen Ärzte zur Dauerbehandlung bei einem Arzt entschließen.

Dennoch waren auch in der Praxis M/U schon nach einem Jahr Praxistätigkeit der größte Teil der Patienten bekannt. In Praxis W ist die Zahl der bereits vorher betreuten Kranken entsprechend höher. Zum überwiegenden Teil waren die Patienten bereits mehrfach in der Einzelpraxis in Behandlung.

Es besteht daher die Annahme, daß die Patienten nur selten den Hausarzt wechseln. Besonders in länger bestehenden Praxen ändert sich die Klientel nur noch in geringem Umfang. Dies macht auch eine Umfrage deutlich, in der 60 Prozent der Befragten angaben, noch nie den Arzt gewechselt zu haben. Ferner gaben 91 Prozent an, daß sie bei einem Hausarzt in Behandlung sind. (Patientenumfrage der Wickert-Institute, Tübingen, im Auftrag des Hartmannbundes, Frühjahr 1973)

2. Häufigkeit der Besuche im Erhebungszeitraum

In der Einzelpraxis kamen auf einen Patienten 1,43, in der Gemeinschaftspraxis 1,08 Besuche im Erhebungszeitraum. Dabei wird auf die im Punkt "Diskussion der Methode" genannten und erläuterten Einschränkungen hinsichtlich der letztgenannten Zahl hingewiesen.

Im folgenden wird das in der Verdenstudie ermittelte Ergebnis über die Besuchshäufigkeit angegeben. Die Patienten wurden dabei so ausgewählt, daß alle Kranke, die die 13 Praxen an einem Stichtag aufsuchten, in den nächsten zwölf

Wochen dokumentiert wurden. Dabei ergaben sich in dieser Zeitspanne 4,47 Besuche pro Patienten. I43I Ein anderer Autor gibt an, daß ein Versicherter in der Bundesrepublik Deutschland in einem Jahr durchschnittlich achtmal kassenärztliche Behandlung in Anspruch nimmt. I31I

Der größere Anteil an Mehrfachbestellungen in der Einzelpraxis ist einerseits durch die lückenlose Registrierung zu erklären. Andererseits werden vom Einzelarzt eine große Zahl pflegebedürftiger Patienten in regelmäßigen Abständen in der Wohnung besucht. Da der Arzt bei Hausbesuchen weite Strecken zurücklegt, werden die Patienten bestimmter Orte an festgelegten Wochentagen besucht. Die Reihenfolge ist in jeder Woche gleich. Da die Untersuchung über zwei Wochen ging, wurden diese Kranke mehrmals erfaßt. Auch in der Verdenstudie ergaben sich erhebliche Unterschiede. "Ursache ist eine unterschiedliche Auffassung in der Art der Patientenführung: Während einige Kollegen ihre Patienten nur sehr selten wiederbestellten, ihnen dann aber etwas mehr Zeit widmen, gibt es Kollegen, die ihre Patienten häufiger bestellen und dann pro Beratung weniger Zeit aufwenden mit der Begründung, daß durch eine engmaschigere Überwachung sowohl der Verlauf als auch die Effektivität der Therapie besser kontrolliert werden könnte."I43I Aufgrund der gemessenen Gesprächszeiten und der Wiederbestellungen ist anzunehmen, daß der Einzelarzt zu der letztgenannten Auffassung neigt.

3. Altersverteilung

Sowohl in der Einzel- als auch in der Gemeinschaftspraxis konnten Patienten vom Säuglings- bis zum Greisenalter gezählt werden. Demnach kann die in der Verdenstudie aufgestellte Vermutung nicht bestätigt werden, nach der die Allgemeinpraxis in Orten mit Kinderärzten einseitig verändert wird, "indem Säuglinge und Kleinkinder ganz fehlen, aber

Schulkinder und auch Jugendliche in geringerem Ausmaß vorgestellt werden." [43] Obwohl die Gemeinschaftsärzte in einer Kleinstadt mit einer Kinderarztpraxis niedergelassen sind, ist der Anteil der Säuglinge nur unwesentlich kleiner als in der Einzelpraxis. Patienten in einem Alter bis zu 14 Jahren wurden in der Kooperative sogar häufiger registriert.

Das Durchschnittsalter ist in der Einzelpraxis um zwei Jahre höher als in der Gemeinschaftspraxis. Diese Angabe bezieht sich auf das Gesamtmaterial. Berücksichtigt man nur die in die Sprechstunde gekommenen Kranken, so ist das mittlere Alter nahezu gleich. Eine Analyse der von den Gemeinschaftsärzten durchgeführten Hausbesuche ist wegen der geringen Zahl nicht möglich. Dennoch ist anzunehmen, daß die in den Praxen M/U und W während der Sprechstunde betreute Klientel im Altersaufbau nicht wesentlich unterschiedlich ist. Die Hausbesuche des Einzelarztes gelten jedoch wahrscheinlich älteren Kranken, als dies in der Gemeinschaftspraxis der Fall ist. Dies ist anzunehmen, da der Arzt der Praxis W bereits seit fünf Jahren niedergelassen ist. Zu seiner Aufgabe gehört vor allem die häusliche Betreuung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen. Viele dieser Patienten wurden zunächst in der Praxis behandelt. Im weiteren Verlauf konnten die Kranken wegen Gebrechlichkeit oder hohem Alter die Sprechstunde nicht mehr aufsuchen und mußten daher zu Hause betreut werden. Der wesentlich höhere Altersdurchschnitt der bei Hausbesuchen registrierten Patienten wird als Begründung für diese Vermutung herangezogen. Von Wichtigkeit ist ferner, daß in der vom Arzt der Praxis W versorgten Region ungünstige Verkehrsverbindungen vorherrschen. Daher errichtete er in kleineren Orten Außenstellen, in denen er regelmäßige Sprechstunden abhielt.

In der Gemeinschaftspraxis erfolgen die meisten Hausbesuche vermutlich vorwiegend bei akuten Fällen. Seit langem in

häuslicher Behandlung betreute Patienten werden wahrscheinlich zum überwiegenden Teil von den zwei Allgemeinärzten besucht, die ebenfalls am Ort ansässig sind. Diese beiden Praxisinhaber sind bereits seit Jahrzehnten tätig, ein Arzt ist über 70 Jahre alt.
Ein Gespräch mit Bewohnern der Gegend machte die Einstellung deutlich, besonders dann keinen Arztwechsel mehr vorzunehmen, wenn eine chronische Behandlung mit Hausbesuchen erforderlich ist.
Es ist daher anzunehmen, daß sich die Struktur der in der Wohnung betreuten Klientel bei längerer Niederlassungszeit insofern ändert, als dann vorwiegend bettlägerige und gebrechliche Patienten besucht werden.
Bei diesen Überlegungen wird gleichzeitig deutlich, daß die Fortführung des Hausarztsystems für den geriatrischen Kranken wichtig ist. Er "neigt zur Beharrlichkeit und bleibt seinem mit ihm älter gewordenen Hausarzt treu." I26 I Der ältere Mensch möchte in seiner gewohnten Umgebung behandelt werden. Er hat Angst vor dem völlig anderen Milieu der Klinik. I26 I
Patienten des höheren Lebensalters suchen den Hausarzt auch häufig wegen psychischer Störungen auf. Während eines Quartals wurden in einer Allgemeinpraxis die Diagnosen der Kranken jenseits des 65. Lebensjahres aufgezeichnet. Dabei standen depressive Verstimmungszustände bereits an dritter Stelle. In dieser Untersuchung wiesen etwa ein Viertel der registrierten Patienten psychische Alterationen auf. I36 I Diese durch Isolierung, Minderwertigkeitsgefühle, tatsächlich oder vermeintlich herabgesetzter Belastbarkeit bedingte Beschwerden sind meist nicht durch alleinige medikamentöse Behandlung erfolgreich zu beseitigen. Vielmehr ist ein Gespräch mit einer Bezugsperson notwendig. In vielen Fällen erfüllt der Hausarzt diese Funktion.

In der Verdenstudie liegt der Median der an der Untersuchung beteiligten Personen bei 52 Jahren. I43 I Die Patien-

ten, die in den beiden Praxen registriert wurden, waren jünger. In beiden ärztlichen Einrichtungen liegt die 50 Prozent-Marke zwischen 31 und 40 Jahre. Mit 35,6 Jahren liegt das Durchschnittsalter bei den Patientinnen in der Praxis M/U um acht Jahre unter dem in der Einzelpraxis errechneten Wert. Relativ groß war in der Gemeinschaftspraxis der Anteil der weiblichen Patienten bis zu einem Alter von 30 Jahren. Möglicherweise wurden in der Gemeinschaftspraxis deswegen mehr weibliche Kranke aufgezeichnet, weil diese Einrichtung neben einem Arzt auch von einer Ärztin geleitet wird. Hiermit kann auch der große Anteil der jüngeren Patientinnen erklärt werden. Zudem sind Gynäkologen erst in einer 30 km entfernten Stadt niedergelassen. Es zeigte sich, daß der größte Teil der weiblichen Kranken bei freier Arztwahl innerhalb der Kooperative von der Ärztin betreut wurde.

Interessant ist die Verteilung der über 60 Jahre alten Kranken. In der Einzelpraxis konnten in dieser Altersklasse doppelt so viel weibliche wie männliche Patienten registriert werden. Dagegen gehörten die Patienten in der Gemeinschaftspraxis bis zu einem Alter von 60 Jahren vorwiegend dem weiblichen Geschlecht an.

4. Zeitprobleme in der Allgemeinmedizin

Wie im Ergebnisteil beschrieben, liegt der Median der in der Praxis M/U registrierten Arzt-Patienten-Gespräche bei einer Zeitdauer von 7,5 Minuten, in Praxis W bei 2,9 Minuten. Den folgenden Zahlenwerten werden die in der vorliegenden Untersuchung errechneten Durchschnittszeiten von 9,1 Minuten in der Gemeinschaftspraxis und 4,1 Minuten in der Einzelpraxis gegenübergestellt.
Die der Quelle I 4 I entnommenen Angaben zeigen die Messungen aus drei verschiedenen Ländern.

In der Klammer ist die Durchschnittszeit pro Arzt-Patienten-Kontakt und das Land angegeben.
Heller (Österreich, 7,5 Minuten), Brandt (DDR, 6,0 Minuten), Knoblauch (DDR, 4,0 Minuten), Eimerl u. Pearson (England, 7,9 Minuten), Frey et al. (England 6,6 Minuten). I4I

In der Verdenstudie geben die Autoren einen Median von 1,7 Minuten an.I43I Braun I8I errechnete in seiner Praxis eine Gesamtdurchschnittszeit von 9,5 Minuten. Er bemerkte keine nennenswerten Unterschiede im Zeitaufwand bei verschiedenem Behandlungsort.

4.1. Mögliche Erklärungen für den unterschiedlichen Zeitaufwand in der Einzel- und der Gemeinschaftspraxis

4.1.1. Zeitraum der Niederlassung

Die erst seit einem Jahr niedergelassenen Gemeinschaftsärzte benötigen unter anderem deswegen längere Gesprächszeiten, da ihnen die Informationen vom Patienten fehlen, die ein länger praktizierender Arzt in der Regel besitzt. Außerdem ist die Aufgabe in einer allgemeinärztlichen Praxis von der bisher gewohnten klinischen Tätigkeit sehr verschieden. Die spezifischen Probleme der praktischen Medizin müssen erst erfahren werden. Das vom Studium und von der Krankenhaustätigkeit bekannte Morbiditätsmuster ist von dem in der Praxis erlebten grundsätzlich verschieden. I15I Außerdem stellen sich zu jedem Patienten "erst Bindungen her, die durch Altersunterschiede, durch verschiedene soziale Herkunft, andersartigem Charakter und ganz gewiß durch die persönlich eigentümlichen Krankheiten jedes Patienten geprägt werden." I59I
Wo ein seit längerer Zeit praktizierender Arzt aufgrund seiner Erfahrung nur eine kurze Zeit benötigt, ergeben sich dagegen bei dem in der Allgemeinmedizin unerfahrenen und

seit kurzem niedergelassenen Arzt Zweifel, welcher diagnostischer oder therapeutischer Weg einzuschlagen ist. Auch der Patient steht einem solchen Arzt kritischer gegenüber. Der Kranke wird einen nicht sofort eintretenden Therapieerfolg auf mangelnde Qualifikation des Behandlers zurückführen.
In der Gemeinschaftspraxis bemühten sich die Ärzte, durch gründliche Untersuchungen einen Gesamteindruck vom Gesundheitszustand der Patienten zu erhalten.
In der Verdenstudie [43] wird ebenfalls ein Zusammenhang zwischen dem Zeitraum der Niederlassung und der Gesprächsdauer vermutet. Auch in dieser Untersuchung wurden die längsten Kontaktzeiten bei den Ärzten gemessen, die erst seit kürzerer Zeit in einer Praxis oder am jetzigen Praxisort niedergelassen sind.
Ferner ist für eine gute Karteiführung am Anfang der Praxistätigkeit eine längere Beschäftigung mit dem Patienten nötig, um bei späteren Besuchen anamnestische Angaben zur Verfügung zu haben. Dies ist besonders in einer Kooperative notwendig, da die Kranken nicht immer vom gleichen Arzt behandelt werden.
Daneben sind die Zeiten pro Arzt-Patienten-Kontakt in einer länger bestehenden Praxis aus den folgenden Gründen kürzer.

4.1.1.a. Bessere Vorkenntnisse über den Patienten in einer seit Jahren bestehenden Praxis

Obwohl die meisten Kranken auch in der Gemeinschaftspraxis bereits vor der Erhebung behandelt wurden, kann noch nicht von Langzeitbehandlung gesprochen werden. Als solche sollte eine mindestens seit einem Jahr von einem Arzt durchgeführte Betreuung eines Patienten bezeichnet werden. [11] Daß eine derartige Differenzierung sinnvoll ist, zeigt eine Studie, die in drei Praxen stattfand. Dabei wurden nur die Patienten registriert, die den Arzt seit einem Jahr nicht mehr aufsuchten. Die Durchschnittszeit dieser Gespräche be-

trug 5,76 Minuten. Eine weitere Untersuchung erfaßte in den gleichen ärztlichen Einrichtungen Langzeitpatienten, also Kranke, die seit mehr als einem Jahr in Behandlung waren. Dabei ergab sich eine Durchschnittszeit von 2,34 Minuten pro Arzt-Patienten-Kontakt. I 2 I
Der Einzelarzt betreut die in seiner Praxis registrierten Patienten zum überwiegenden Teil bereits seit Jahren. Die Zahl der Langzeitpatienten ist in dieser Einrichtung daher wesentlich höher als in der erst seit einem Jahr bestehenden Gemeinschaftspraxis. Damit ist eine Begründung für den in den beiden Praxen ermittelten Unterschied im Zeitaufwand gegeben.

4.1.1.b. Der größte Anteil des Zeitaufwandes in der länger bestehenden Praxis ist therapieorientiert, in einer Anlaufpraxis diagnoseorientiert

Patienten, die dem Arzt noch nicht lange bekannt sind, erfordern von ihm einen größeren diagnostischen Aufwand. Im Laufe weiterer Gespräche ist die Anamnese weitgehend bekannt, die diagnostischen Leistungen beschränken sich dann meist darauf, die vermutete Erkrankung durch weitere Hinweise zu bestätigen. Hierzu wird in der Regel nur der Krankheitsverlauf seit dem letzten Arztbesuch herangezogen. Umso größeren Anteil gewinnt bei Langzeitpatienten die Therapie. In einer Untersuchung wird angegeben, daß bei 59 Prozent der Kontakte zwischen Arzt und seit mehr als einem Jahr behandelten Kranken, ein diagnoseorientierter Gesprächsanteil fehlt. I 2 I Im vorliegenden Material waren in der länger bestehenden Einzelpraxis 30,05 Prozent, in der Gemeinschaftspraxis 9,00 Prozent aller Arzt-Patienten-Kontakte rein therapeutisch geprägt. "Das Durchlaufen der einzelnen Stadien der Krankheitskarriere bedeutet für Arzt und Patient eine immer stärkere Festlegung auf eine Diagnose." I 2 I Ist die Gesundheitsstörung so schwerwiegend, daß der Kranke zum Langzeitpatienten wird, so stellt "der Arzt das Gespräch

ganz auf die Kontrolle von Therapie und Krankheitsverlauf ab, ein diagnoseorientiertes Gespräch wird zur Seltenheit." I2 I Im Hinblick auf die Gesprächsdauer wird in der Verdenstudie die Vermutung aufgestellt, daß "immer dann, wenn vorwiegend diagnostische Maßnahmen angewendet werden mußten, ein größerer Zeitaufwand erforderlich wurde." I43 I Diese Aussage wird durch das Ergebnis einer Untersuchung verdeutlicht. Danach betrug der therapieorientierte Gesprächsanteil bei Erstpatienten nur 44,4 Prozent. Gleichzeitig wurde bei diesen Kontakten eine wesentlich höhere Durchschnittszeit gemessen als bei Langzeitpatienten, bei denen der therapieorientierte Gesprächsanteil 75 Prozent betrug. Begründet wird dies damit, daß während der ersten Kontakte die Schilderung des Patienten im Mittelpunkt steht. Im Laufe der weiteren Besuche übernimmt dann der Arzt die Führung und bestimmt damit weitgehend die Gesprächsdauer. Der Autor betont, daß die Kranken hierdurch bei der Darlegung ihrer Beschwerden eingeschränkt werden können. I2 I
Im vorliegenden Material sind 726 diagnostische und 1040 therapeutische Leistungen des Einzelarztes, sowie 397 diagnostische und 419 therapeutische Maßnahmen der Gemeinschaftsärzte aufgeführt. Das häufigste Einzelereignis war in Praxis W die Beratung in medizinischen Problemen. In der Praxis M/U dagegen die körperliche Untersuchung der Patienten.
Daher ist anzunehmen, daß in der Gemeinschaftspraxis die Gespräche häufiger diagnoseorientiert sind, als dies in der Einzelpraxis der Fall ist. Damit ist eine weitere Erklärung für den unterschiedlichen Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt in den beiden Praxen gegeben.

4.1.1.c. Anteil der zum erstenmal behandelten Patienten

Eine seit mehreren Jahren bestehende Praxis hat einen weitgehend festen Patientenstamm. Dies zeigt sich auch in dem niedrigen Prozentsatz der neuen Patienten in der Einzelpra-

xis. Beim ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient muß eine größere Zeit aufgewendet werden. Neben der Behandlung des medizinischen Problems entscheidet sich beim Erstbesuch auch, ob der Kranke eine weitere Zusammenarbeit wünscht. Die in einer Anlaufpraxis tätigen Ärzte werden sich in einem längeren Gespräch um eine Vertrauensbasis bemühen. Die Arztdichte war im Gebiet der Gemeinschaftspraxis wesentlich größer als im Bereich der Einzelpraxis. Sicher hat auch das Angebot an medizinischen Leistungen in der Umgebung einen Einfluß auf die Dauer des Arzt-Patienten-Kontaktes, da der Arzt in einem solchen Fall um einen festen Patientenstamm bemüht ist.

4.1.2. Grad der Organisation und räumliche Gestaltung der Praxis

Da die Gemeinschaftspraxis erst seit einem Jahr bestand, erreichte sie nicht den Organisationsgrad der Einzelpraxis. Zudem hielten die Ärzte der Kooperative ihre Sprechstunden bis zum Bau einer neuen Praxis in vorübergehend eingerichteten Räumen ab. In der Einzelpraxis wurden die Patienten bereits in verschiedene Behandlungsräume delegiert, bevor ein Kontakt mit dem Arzt stattfand. Auf diese Weise führte der Einzelarzt seine Beratungen und Behandlungen fortlaufend in vier Räumen durch. Einen Eintrag, welche Maßnahmen beim nächsten Besuch des Kranken vorgenommen werden sollten, machte der Arzt am Ende eines Arbeitstages, als er nochmals alle Karteikarten überprüfte.
Durch diese organisatorischen Maßnahmen sparte der Arzt Zeit, die für Aus- und Ankleiden, durch Aufrufen der Patienten, sowie für nicht bereit gelegtes Material oder Geräte benötigt werden. Diese modern konzipierte und rationell eingerichtete Praxis mag anfangs befremdend wirken. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß auf diese Weise mehr Zeit für das eigentliche ärztliche Gespräch zur Verfügung steht. Die große Zahl der in der Einzelpraxis durchgeführ-

ten Beratungen in medizinischen Problemen zeigt, daß den Patienten ausreichend Zeit gewidmet wurde, wenn dies erforderlich war.
Ein guter Arbeitsablauf innerhalb der Praxis erscheint daher geeignet, "bei gleichem Zeitaufwand die ärztliche Zuwendung zu verbessern." I31I

4.1.3. Der persönliche Arbeitsstil des Arztes

In der Verdenstudie ergab sich, "daß manche Ärzte vorwiegend kurze Kontakte bevorzugen, diese dann aber häufiger durchführen, während andere ihre Patienten seltener zu längeren Patienten-Arzt-Kontakten bestellen." I43I

Die vorliegende Untersuchung ergibt aus den erwähnten Gründen keinen Aufschluß über die tatsächliche Häufigkeit der Mehrfachbestellungen in der Gemeinschaftspraxis. Dennoch besteht die Vermutung, daß die Ärzte der Kooperative im Gegensatz zum Einzelarzt zu längeren, dafür selteneren Arzt-Patienten-Gesprächen neigen.

4.1.4. Zeitdauer der Behandlungen bei unterschiedlichem Behandlungsort

Die Hausbesuche des Einzelarztes dauerten im Durchschnitt 0,5 Minuten länger als die während der Sprechstunde aufgezeichneten Gespräche. In der Gemeinschaftspraxis ergibt sich ein Unterschied von 1,5 Minuten. Bei den Hausbesuchen betreute der Arzt der Praxis W vorwiegend ältere Patienten, die wegen ihrer chronischen Krankheit in regelmäßigen Abständen versorgt werden. Daher ist im Vergleich zur Sprechstundentätigkeit kein wesentlicher Unterschied im Zeitaufwand zu erwarten. In der Gemeinschaftspraxis waren die Hausbesuche länger, da in der Mehrzahl akute Krankheitsbilder zu behandeln waren.

4.1.5. Praxisform

Ein wichtiger Grund für den in der Kooperative registrierten vermehrten Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Gespräch liegt in der Praxisform selbst. Da die Patienten von zwei Ärzten behandelt wurden, war der Zeitdruck geringer als in der Einzelpraxis. Besonders deutlich wurde dies an einem Nachmittag, als die gesamten Gespräche nur von einem Arzt der Kooperative geführt wurden. Der andere Arzt war wegen Krankheit verhindert. Die dabei gemessene Durchschnittszeit betrug 6,6 Minuten pro Arzt-Patienten-Kontakt. Im Gesamtmaterial wurde dagegen eine mittlere Gesprächsdauer von 9,1 Minuten verzeichnet. Obwohl der Arzt dabei auch eine gründliche Untersuchung mit einer Dauer von 22 Minuten durchführte und zwei neue Patienten betreute, war die Durchschnittszeit um 2,5 Minuten kürzer als die Beratungen, die bei gleichzeitiger Anwesenheit beider Ärzte stattfanden. Dieses Beispiel zeigt, daß in einer Praxis mit mehreren Partnern mehr Zeit zur Verfügung steht. Darin besteht ein großer Vorteil der ärztlichen Kooperativen gegenüber den Einzelpraxen.

5. Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in beiden Praxen

Die Arzt-Patienten- Kontakte in der Einzelpraxis sind wahrscheinlich weitgehend therapieorientiert. Dafür spricht der dreimal so große Anteil der Gespräche mit rein therapeutischen Maßnahmen. In der Gemeinschaftspraxis waren diagnostische Leistungen häufiger zu verzeichnen. Dabei kann nicht entschieden werden, ob dies wegen der niedrigeren Niederlassungszeit geschah oder ob die Gemeinschaftsärzte grundsätzlich zu intensiverer Diagnostik neigen.

6. Bedeutung der einzelnen Maßnahmen

6.1. Gespräch

Bei etwa einem Drittel aller Kontakte führte sowohl der Einzelarzt als auch die Gemeinschaftsärzte kurze persönliche Unterredungen. Zentrales Thema war dabei die Familie, ferner Urlaub, Hobbys und Arbeitsverhältnisse. Durch diese Gespräche lernt der praktische Arzt seine Patienten besser kennen. Damit sammelt er Informationen, die er bei einer späteren Beratung verwerten kann. Andererseits wird auch der Zugang zum eigentlichen medizinischen Problem erleichtert.

6.2. Anamnestisches Gespräch

Prozentual war dieser Punkt in beiden Praxen etwa gleich häufig zu verzeichnen. Die Gemeinschaftsärzte benötigten für die Erhebung der Anamnese jedoch eine wesentlich längere Zeit. Während der Einzelarzt meist nur Fragen zur Verlaufskontrolle stellte, befaßten sich die Ärzte der Kooperative noch einmal mit den bisherigen Erkrankungen des Patienten. Ausführlichere Erhebungen nahm der Arzt der Praxis W bei neuen Patienten und den akut Erkrankten vor. Dies war jedoch nur in wenigen Erhebungsbogen vermerkt.
In der Gemeinschaftspraxis mußten die bisherigen Besuche auch deswegen häufiger erörtert werden, da die Patienten nicht immer vom gleichen Arzt behandelt werden. Auf diese Weise kontrollieren sich die Ärzte der Kooperative gegenseitig. Unterschiedliche Meinungen zu den getroffenen Maßnahmen können besprochen werden. Für den Patienten resultiert hieraus ein Vorteil im Vergleich zu einer Einzelpraxis.

6.3. Untersuchungen

Dem Beobachter allgemeinmedizinischer Tätigkeit wird zunächst auffallen, welch kurze Zeit für eigentliche Untersuchungen aufgewendet wird. Im Vergleich zur Klinik wird zuwenig auskultiert und perkutiert. Die Frage ist daher: "Warum fragt, warum untersucht ein gewissenhafter, routinierter Allgemeinmediziner nicht mehr so, wie er das seinerzeit lernte und während der Krankenhaustätigkeit noch ausübte." I10I Eine mögliche Antwort hierauf ist die Vorinformation, die der Arzt durch die lange Kenntnis des Patienten gesammelt hat. In der vorliegenden Studie zeigt sich auch ein erheblicher Unterschied zwischen der erst seit einem Jahr bestehenden Gemeinschaftspraxis und der länger bestehenden Einzelpraxis. Es muß angenommen werden, daß in der Praxis W über die meisten Patienten genügend Angaben vorlagen, die für eine Therapie ausreichten. Kranke mit unklaren Störungen waren bereits zur Abklärung bei Spezialisten. Ist das Grundleiden bekannt, genügen in der Regel einfache Untersuchungen oder Verlaufsbefragungen.

Es ist ferner zu berücksichtigen, daß der Zeitraum, in dem die Aufzeichnung stattfand, eine Momentaufnahme der Praxistätigkeit darstellt. Vorhergehende oder folgende diagnostische Maßnahmen können nicht erfaßt werden. Da besonders in der Allgemeinmedizin die Langzeitdiagnostik dominiert, ist eine Wertung schwierig, obwohl für den außenstehenden Beobachter die Untersuchung im Einzelfall als zu kurz erschien.

Die Ärzte beider Praxen führten Untersuchungsmethoden mehrerer Fachbereiche durch. Am häufigsten wurden jedoch Verfahren aus dem Gebiet der Inneren Medizin angewandt. Natürlich ist eine Zuordnung von Untersuchungsmethoden zu Fachbereichen problematisch, da diese Verfahren von jedem Arzt beherrscht werden müssen. Eine derartige Aufgliederung erfolgte dennoch, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen.

Die Ärzte beider Praxen nahmen bei einem großen Teil der Patienten Blutdruckmessungen vor. In Anbetracht der kardiovaskulären Folgekrankheiten und der damit verbundenen eingeschränkten Lebenserwartung des Hypertonikers, ist die Überwachung dieser Kranken besonders wichtig. Durch regelmäßige Bestimmung der Blutdruckwerte kann der Allgemeinarzt zu einem Therapieerfolg beitragen. Da in der Bundesrepublik 2,5 Millionen Menschen an Hypertonie leiden, ohne von ihrer Krankheit zu wissen [21], kann der praktische Arzt solche Risikopatienten herausfinden.
Modifizierte Untersuchungsverfahren hängen von der Ausbildung und dem persönlichen Arbeitsstil des Arztes ab. Zum Beispiel wurden in der Gemeinschaftspraxis relativ häufig Blutdruckmessungen bei unterschiedlicher Lagerung des Patienten vorgenommen. Dies trägt zu einer besseren Diagnostik bei.
Von den Ärzten in beiden Praxen wurden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. "Dem praktischen Arzt kommt in der Vorsorgemedizin eine außerordentlich wichtige Aufgabe zu, nämlich die Auffindung jener potentiellen Kranken, die aufgrund besonderer Umstände, wie Konstitution, Lebensgewohnheiten, durchgemachte oder noch bestehende Krankheiten einem besonderen Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind. Die Kenntnis der Risikofaktoren und der für ihre Entdeckung einsetzbaren Methoden erscheint daher eine unbedingte Notwendigkeit für den modernen Praktiker." [33] Die Bedeutung des Allgemeinarztes speziell in der Früherkennung von neoplastischen Prozessen zeigen folgende Aussagen:"Wir glauben, daß der praktische Arzt bei der Krebsdiagnose eine hervorragende Schlüsselstellung einnimmt, die ihm keiner abnehmen kann: Er allein kann den Patienten rechtzeitig an die richtige Stelle leiten und er darf nicht ruhen, bis die Alternative 'Krebs' oder 'sicher kein Krebs' in spätestens 4 Wochen klar entschieden ist." (Hegemann und Hoferichter zitiert nach [50])
In einer der beiden Praxen wurde eine Patientin vom behan-

delnden Arzt in mehreren Gesprächen dazu bewogen, sich einer weiteren Untersuchung zu unterziehen, die sie beim Spezialisten ablehnte, obwohl ein verdächtiger Befund bestand. Neben der Zusammenarbeit mit anderer Ärzten nehmen Praktiker auch selbst Krebsvorsorgeuntersuchungen vor. In einer "Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1972" I32I, wurde auch der Anteil der einzelnen Arztgruppen ermittelt. Dabei ergab sich, daß bei Frauen 18,9 Prozent, bei Männern 56,5 Prozent aller Krebsteste von Allgemeinärzten vorgenommen wurden. In der Diskussion dieser Ergebnisse wird auch darauf hingewiesen, praktische Ärzte verstärkt zu diesen Untersuchungen heranzuziehen. I32I "Eine größere Zahl von Untersuchungen durch den einzelnen Arzt würde auch die notwendige Erfahrung auf diesem Gebiet fördern und so mancherorts geäußerte Bedenken gegen die Beteiligung der Allgemeinärzte entkräften." I32I Natürlich stellt sich die Frage, inwieweit der praktische Arzt aufgrund der unterschiedlichen Erfahrung zu Fehlinterpretationen kommt. Eine Verbesserung könnte in der Errichtung einer Gemeinschaftspraxis bestehen. Gerade bei der Bewertung eines zweifelhaften Befundes ist eine Besprechung mit dem Kollegen hilfreich. In einer Kooperative ist die Möglichkeit einer Arbeitsteilung gegeben. Damit können sich die Ärzte auf bestimmte Untersuchungstechniken spezialisieren. Ferner profitieren die Kollegen gegenseitig von den während der Weiterbildung in verschiedenen Fachbereichen erworbenen Kenntnissen.

Der praktische Arzt besitzt auch die Voraussetzung, an der Früherkennung sonstiger Risiken und Gesundheitsstörungen teilzunehmen. I27I

6.4. Laboruntersuchungen

In beiden Praxen wurden Patienten registriert, die ihm Rahmen der Nachsorge betreut wurden. Darunter waren auch Kranke,

deren Gesundheitszustand in regelmäßigen Abständen überprüft werden mußte. Zur guten Versorgung dieser Patienten, ist neben der Zusammenarbeit mit den Kliniken und den frei niedergelassenen Spezialisten, ein funktionsfähiges Labor des Allgemeinarztes erforderlich.
Obwohl der Wert der Labordiagnostik in der Allgemeinpraxis nicht unumstritten ist, kann diese zusammen mit anderen diagnostischen Methoden und dem klinischen Bild zu einer besseren Krankheitserkennung beitragen. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Untersuchungen wirklich notwendig und unverzichtbar sind. I62I
Das Labor wird eingesetzt bei allgemeiner Durchuntersuchung, zur Absicherung einer Verdachtsdiagnose, zum Ausschluß von differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehende Erkrankungen, sowie zur Kontrolle des Therapieerfolgs. I55I
Der Praktiker hat außerdem durch den Einsatz von Laboruntersuchungen die Möglichkeit, zur Früherkennung von Stoffwechselkrankheiten beizutragen. In einer Allgemeinpraxis wurde neben täglicher Arbeit eine gezielte Suchaktion nach Diabetes durchgeführt. Dabei konnten in einem Zeitraum von zwei Jahren 93 bisher unbekannte Diabetiker aus dem eigenen Krankengut entdeckt werden. Nur 13 dieser Kranken wären durch ausschließliche Harnzuckerbestimmung erkannt worden. Dies läßt den Schluß zu, daß ein Massenscreening durch Harnteststreifen nur einen geringen Prozentsatz der tatsächlich an Diabetes erkranken Patienten herausfinden würde.I27I Damit auch die in der Allgemeinpraxis erzielten Resultate zuverlässig sind, müssen die Ärzte mit Labortätigkeit an Ringversuchen teilnehmen. Da hierdurch die Möglichkeit einer geeigneten Überwachung gegeben ist, erscheint die Labordiagnostik in der Allgemeinmedizin als eine notwendige Methode. Die Ausbildung des Arztes wird entscheiden, welche Verfahren er in sein Programm aufnimmt. Daneben wird der Praktiker für spezielle Fragestellungen auch Laborfachärzte zu Rate ziehen, wie es auch in den an der vorliegenden Untersuchung beteiligten Praxen der Fall war.

Obwohl die übrigen Untersuchungsverfahren in der Einzelpraxis seltener waren, ist die Bestimmung der Laborparameter sogar häufiger als in der Gemeinschaftspraxis. Dies ist jedoch aufgrund der Organisation zu erklären. In der Kooperative wurden nur an bestimmten Tagen Laboruntersuchungen vorgenommen. Ausgenommen von dieser Regelung waren Proben, die zur Abklärung akuter Krankheitsbilder notwendig waren.
Es ist also anzunehmen, daß die Labordiagnostik sowohl in einer lange bestehenden Praxis als auch bei neu niedergelassenen Ärzten häufig angewandt wird.

6.5. Facharztüberweisungen

An Fachärzte überwiesen wurden in der Einzelpraxis 40 der 666 Patienten, in der Gemeinschaftspraxis 27 der 221 Kranken. Somit konnten 626 bzw. 194 Kontakte mit den in der jeweiligen Praxis zur Verfügung stehenden Mitteln bewältigt werden. Die Welt-Gesundheits-Organisation stellte aufgrund vieler Untersuchungen in Allgemeinpraxen fast aller Kulturländer fest, "daß ungefähr 85% aller kranken Menschen überhaupt in Allgemeinpraxen behandelt werden können. Etwa 10-15% müssen an Fachärzte bzw. Krankenhäuser abgegeben werden. Etwa 1% gelangt an Kliniken." [19]Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, daß die Behandlung durch Spezialisten nur in den wenigsten Fällen erforderlich ist.
Die an der vorliegenden Untersuchung beteiligten Ärzte schalteten Fachärzte meist aus diagnostischen Gründen ein. Bei dieser Feststellung ist zu berücksichtigen, daß nicht in jedem Falle unterscheidbar war, ob die zu Rate gezogenen Spezialisten lediglich das Krankheitsbild abklären oder die Behandlung übernehmen sollten.
Prozentual hielten die Gemeinschaftsärzte Vorstellungen beim Facharzt in etwa doppelt so vielen Besuchen für erforderlich. Man kann davon ausgehen, daß die Ärzte der Kooperative aufgrund der noch kurzen Niederlassungzeit eine umfassende Diagnostik auch durch Spezialuntersuchungen wün-

schen. Dies wird auch durch den größeren Anteil der aus diagnostischen Gründen vorgenommenen Überweisungen deutlich. Beim gut eingearbeiteten Einzelarzt waren Facharztkonsultationen in 6,0 Prozent der Gespräche erforderlich. Daraus ergibt sich, daß auch der erfahrene Allgemeinarzt mit spezialisierten Kollegen zusammen arbeiten muß. Die Aufgabe des Praktikers ist es, dann einen Facharzt einzuschalten, wenn seine Kompetenz überschritten ist. Dies erfordert auch eine kritische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten. Häufig kommen auch Patienten mit dem Wunsch, an einen Facharzt überwiesen zu werden. Obwohl die Erkenntnisse der modernen Medizin jedem Kranken zugute kommen müssen, wird der Praktiker abwägen, ob eine solche Konsultation ärztlich vertretbar ist. Auf diese Weise hilft er, unnötige Untersuchungen und damit Kosten einzusparen und schützt die Spezialeinrichtungen vor einem zu starken Andrang. Dies ist natürlich eine besonders schwierige Aufgabe und die Patienten wechseln in vielen Fällen bei Nichterfüllen ihrer Wünsche den Arzt.
In beiden Praxen waren Röntgenuntersuchungen die häufigsten Anlässe für Facharztüberweisungen. Besonders in der Einzelpraxis war der Besuch bei einem Augenarzt relativ oft zu registrieren.

Die Beanspruchung eines Spezialisten wird wesentlich vom Angebot an medizinischen Leistungen in der Umgebung, der Ausbildung des praktischen Arztes, den in der Praxis vorhandenen Geräten und der bewährten Zusammenarbeit mit spezialisierten Kollegen abhängen. In einer Gemeinschaftspraxis besteht ferner die Möglichkeit, durch ärztliches Konsilium und eventuelle Spezialisierungen, Überweisungen einzusparen. In einer Kooperative können auch Geräte eingesetzt werden, die für einen Einzelarzt zu teuer sind.
Insgesamt sind dem praktischen Arzt jedoch Grenzen gesetzt, da er sich höhergradige spezifische diagnostische und therapeutische Techniken nicht aneignen kann. Dazu fehlen ihm

Zeit, Routine und genügend einschlägige Patienten. I19I

7. Diagnostik in der Allgemeinmedizin

7.1. Besondere Merkmale der allgemeinmedizinischen Diagnostik

Bei der Bewertung allgemeinärztlicher Diagnostik sind die Umstände zu berücksichtigen, unter denen der praktische Arzt handeln muß. Dazu gehören Zeitdruck, Knappheit der verfügbaren Apparate und die Vorschriften der Kassen. Dennoch werden die an ihn vermittelten Befindensstörungen zu 85 - 90 Prozent vom Allgemeinarzt allein diagnostiziert und behandelt. (I43I, I7 I) Folgende Merkmale prägen den diagnostischen Ablauf in der Allgemeinmedizin:

7.1.1. In etwa 10 Prozent ist eine "direkte Diagnose" I12I möglich

"Präzise und/oder kardinale beziehungsweise bestimmende Befunde" I12I lassen eine rasch abgeschlossene Diagnostik zu. Hierzu zählen zum Beispiel Fremdkörper im Gehörgang oder das Auftreten eines Herpes Zoster. In diesen Fällen ist auch eine exakte Diagnostik möglich.

7.1.2. Der Durchschnittsfall zeigt jedoch "uncharakteristische Beschwerden und uncharakteristische Befunde"I12I

Erste Aufgabe des Allgemeinarztes ist bei solchen Patienten zu erkennen, ob"abwendbar gefährliche Verläufe" I11I vorliegen. Liegt nach Meinung des Praktikers ein bedrohlicher Zustand des Kranken vor, der mit den therapeutischen Mitteln der Praxis nicht zu beherrschen ist, wird er auf weitere Diagnostik verzichten und die Einweisung in stationäre Behandlung verfügen.
Bei den übrigen Patienten ist eine exakte Diagnose nicht

möglich, da das genaue Erkennen und Bezeichnen eines Krankheitsbildes den Einsatz meist umfangreicher apparativer und laborchemischer Verfahren voraussetzt. Der praktische Arzt umgeht diese Schwierigkeit, indem er die Diagnose'abwartend offen läßt' I6 I Der Verlauf der Krankheit wird kontrolliert, wobei die Zwischenanamnese über den Einsatz weiterer Maßnahmen entscheidet. Falls erforderlich, wird der Patient an einen Spezialisten überwiesen.
Da somit meist erst retrospektiv Aufschluß über die Art einer bestimmten Gesundheitsstörung gewonnen werden kann, legt sich der praktische Arzt beim ersten Besuch nicht auf eine bestimmte Diagnose fest. Daraus ergibt sich auch die Erklärung für die Schwierigkeiten, die bei der Registrierung allgemeinmedizinischer Diagnosen auftreten. Dies war auch bei der Erhebung des vorliegenden Materials der Fall. Als zusätzlich erschwerendes Moment trat dabei der kurze Zeitraum von 14 Tagen hinzu.

7.1.3. "Der Umfang der Diagnostik- und damit auch der Anamnese- richtet sich nach den danach möglichen Handlungsweisen" I25 I

Der Allgemeinarzt verzichtet dann auf weiterführende Diagnostik, wenn diese keine zusätzliche Hilfe für die Therapie darstellt. So wird der praktische Arzt dann keine weiteren diagnostischen Maßnahmen mehr ergreifen, wenn auch diese eine weitergehende und kausale Therapie nicht aufzeigen.

7.1.4. Die Beschreibung von Krankheitsbildern besteht meist in einer Klassifizierung von Symptomen und -gruppen

Die Diagnostik in der Allgemeinmedizin kann nicht so genau sein, daß exakt definierte Diagnosen in jedem Fall möglich sind. Bei einem respiratorischen Infekt ist in der Regel mit den Mitteln der Allgemeinpraxis nicht festzulegen, wie weit die oberen Luftwege befallen sind. Um eine Scheinge-

nauigkeit zu vermeiden, ist eine Benennung nach Problembereichen vorzuschlagen. Andererseits entsteht dadurch die Gefahr, daß mehrdeutige Krankheitsbegriffe verwendet werden. Da in der Allgemeinmedizin klar festgelegte Definitionen für bestimmte Gesundheitsstörungen fehlen, bzw. nicht einheitlich verwendet werden, sind die in verschiedenen Praxen gewonnenen Forschungsergebnisse nur beschränkt vergleichbar. Die Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin wurde mit dem Ziel gegründet, eine Standardisierung der allgemeinärztlichen Methoden zu schaffen. Dadurch soll eine wissenschaftliche Verwertung der in den Allgemeinpraxen gewonnenen Daten ermöglicht werden. I43I
Diskrepanzen bei der Feldforschung sollen auch durch die Verwendung der Verdener - Problemliste vermieden werden,sofern die Unterschiede durch unterschiedliche Begriffe bedingt sind. I43I

7.1.5. Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin

Die von Braun in drei völlig verschieden strukturierten Praxen behandelten Gesundheitsstörungen, zeigten eine Übereinstimmung in der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen. Diese von ihm als "Fälleverteilungsgesetz" bezeichnete Erkenntnis besagt, daß die Allgemeinärzte am häufigsten Infekte der Atemwege, sowie Myalgien und Neuralgien zu behandeln hätten. I6I Eine weitere Untersuchung beschäftigte sich mit der Problematik. Dabei zeigte sich eine grundsätzliche Übereinstimmung der Fälleverteilung. Differenzen entstanden durch die Vorselektierung des Krankengutes durch niedergelassene Fachärzte und als Folge gleichzeitig stattfindender systematischer Laboruntersuchungen, denen die registrierten Patienten zusätzlich unterzogen wurden. I20I
Andere Autoren konnten diese Ergebnisse nicht bestätigen, wobei jedoch vermutet wird, daß dies nicht auf wirklichen Unterschieden in der Epidemiologie beruht, sondern durch Differenzen in der diagnostischen Bezeichnung.I43I

7.1.6. Beispiele für häufige Beschwerden der in der Allgemeinpraxis behandelten Patienten

Zu den häufigsten Beschwerden, die der praktische Arzt behandelt,zählen Kopfschmerz, Schwindel und Kreuzschmerz. Am Beispiel der letztgenannten Befindensstörung soll die Problematik der allgemeinärztlichen Diagnostik aufgezeigt werden. Schmerzen am lumbosakralen Übergang treten bei fast jedem Menschen im Laufe des Lebens auf. Rund 90 Prozent der Betroffenen fühlen sich hierdurch nicht wesentlich beeinträchtigt und nehmen keine ärztliche Hilfe in Anspruch. I52 I Die restlichen 10 Prozent haben längerdauernde Beschwerden und lassen sich deshalb behandeln. Der Arzt muß nun berücksichtigen, daß dieses Symptom sowohl eine banale Ursache haben kann, als auch das erste Zeichen einer ernsthaften Gesundheitsstörung sein kann. Die Schwierigkeit besteht nun darin, neben den harmlosen Ursachen schwere Krankheiten auszuschließen. Dabei bedürfen lediglich 6 Prozent der vom Hausarzt wegen Kreuzschmerz betreuten Patienten einer klinischen Abklärung. Von diesen sind 1/3 nach einiger Zeit ohne weitere Maßnahmen beschwerdefrei. I52I

7.2. Bedeutung der in den beiden Praxen registrierten Dauerdiagnosen

Diese aufgezeichneten Diagnosen zeigen die Bedeutung des Allgemeinarztes bei der Langzeitbehandlung. Von diesen Gesundheitsstörungen sollen zwei Problemgruppen besonders diskutiert werden.
Zum ersten Bereich zählen die Risikofaktoren und die Folgekrankheiten. In einer Studie wurden 5000 Menschen in regelmäßigen Abständen untersucht. Nach den Ergebnissen dieser "Framingham-Studie sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Coronarsklerose die Höhe der Cholesterinkonzentration im Serum, Blutdruck, Zigarettenkonsum und Diabetes mellitus." I35I Da es sich dabei nicht um Ursachen der Erkran-

kung handelt, sondern um Merkmale, die das Auftreten der Coronarsklerose begünstigen, sind in der Zukunft weitere Erkenntnisse über neue, bisher unbekannte Faktoren möglich. I35I Ein besonders wichtiges Ergebnis der Studie war die Tatsache, "daß beim Zusammentreffen mehrerer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit, an einem Myokardinfarkt zu erkranken, sprunghaft ansteigt." I35I
Alle oben genannten Risikofaktoren wurden bei Patienten beider Praxen registriert. Der Allgemeinarzt hat die Aufgabe, solche Kranke aus seinem Patientengut herauszufinden, da der Nutzen einer Ausschaltung von Risikofaktoren mit hohem Grad an Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. I47I Dem Patienten muß aufgezeigt werden, welche Änderungen in den Lebensweisen notwendig sind. Eine langfristige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Kranken hilft, Therapierückschläge zu vermeiden. Da der Praktiker außerdem Familien kennt, in denen die Risikofaktoren gehäuft vorkommen, hat er weitere Möglichkeiten, solche Patienten frühzeitig zu erfassen. "Es gibt keinen Zuckerkranken, der nicht bei rechtzeitiger und richtiger Behandlung - oft ebenso lange wie andere Menschen - ohne wesentliche Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit leben kann." I41I Auch daraus ergibt sich die Aufgabe des Allgemeinarztes, durch einfache Methoden wie Harn- und Blutuntersuchungen an der Früherkennung und Verlaufskontrolle der Stoffwechselkrankheiten teilzunehmen.

Bei den in den beiden Praxen registrierten Dauerdiagnosen sind keine entscheidenden Differenzen zu erkennen. Hieraus kann geschlossen werden, daß der Allgemeinarzt bei der chronischen Betreuung der Patienten meist gleichartige Gesundheitsstörungen betreut. Darunter sind auch Erkrankungen, die neben der persönlichen Beeinträchtigung des Patienten auch zu einer Belastung der Gesellschaft führen, da im fortgeschrittenen Stadium häufig kostenintensive Behandlungen erforderlich sind. Der Allgemeinarzt kann zur Prophylaxe durch Früherkennung und frühzeitiger Ausschaltung

von Risikofaktoren beitragen.

7.3. Mögliche Unterschiede in einzelnen Praxen

Eine Abweichung von den üblicherweise in der Allgemeinpraxis angetroffenen Diagnosen ist durch die Vorbildung des Arztes, der apparativen Ausstattung der Praxis und dem örtlichen medizinischen Angebot möglich. Entsprechend der uneingeschränkten horizontalen Kompetenz kann der Allgemeinarzt auch fachspezifische Leistungen erbringen. Je nach ihrer Ausbildung setzen Praktiker auch Röntgendiagnostik oder die Rektoskopie ein. In einer Gemeinschaftspraxis sind die Bedingungen für eine weitere Ausstattung mit Geräten günstiger als in einer Einzelpraxis. Der diagnostische Prozeß kann in einer ärztlichen Kooperative durch gemeinsam finanzierte Apparate und gegenseitige Beratung erleichtert und verbessert werden.

8. Bedeutung der therapeutischen Maßnahmen in den beiden Praxen

8.1. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Etwa acht Prozent der Patienten erhielten eine befristete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Diese Maßnahme ist für den Betroffenen wichtig, sie gewinnt aber wegen der Lohnfortzahlung auch volkswirtschaftliche Bedeutung. Es wurden Kranke beobachtet, die im Krankheitsfall mit Rücksicht auf den Betrieb lieber Urlaub nahmen. Andere Patienten mußten davon überzeugt werden, daß ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz Konsequenzen des Arbeitgebers zur Folge haben kann, wobei die augenblickliche Gesundheitsstörung nicht so gravierend war und früher bereits häufigeres Fehlen im Betrieb zu berücksichtigen war. Andere Patienten lehnten eine Arbeitsruhe ab, obwohl sie auf mögliche Gesundheitsschädigungen bei Nichteinhalten der Bettruhe hingewiesen wurden.

8.2. Verordnung von Medikamenten

Neben der Beratung ist die Verordnung von Arzneimitteln die häufigste therapeutische Maßnahme des Allgemeinarztes. Eine Studie über die Verschreibungsgewohnheiten der praktischen Ärzte der "Saskatoon medical group" ergab, daß im Durchschnitt jedem zweiten Patienten ein Medikament verordnet wurde. Insgesamt benötigten die zwölf beteiligten Ärzte nur 298 verschiedene Medikamente, dabei setzten die Praktiker zwischen 41 und 99 unterschiedliche Mittel für ihre jeweiligen Kranken ein. I63I

Eine Untersuchung der Ärzte des "National Health Service of the United Kingtom" liefert ähnliche Ergebnisse. Danach wurden nicht mehr als 260 verschiedene Präparate verordnet. I63I Diese Angaben stehen im Gegensatz zu der großen Zahl der angebotenen Medikamente. Der praktische Arzt kann dabei nicht von jedem Mittel Wirkung und Nebenwirkung übersehen. Der Allgemeinarzt wird nur solche Präparate einsetzen, mit denen er Erfahrung hat. Durch die Vorschriften der Kassen wird er auch gezwungen, auf den Preis zu achten.

Bei der Behandlung älterer Patienten ist zu beachten, daß einerseits meist mehrere Gesundheitsstörungen zu behandeln sind, andererseits eine veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik vorliegt. Zusätzliche Arzneimittel-Wechselwirkungen werden durch unkontrollierte Selbstbehandlung mit frei verkäuflichen Beruhigungs- oder Schlafmitteln begünstigt.

8.3. Impfungen

In beiden Praxen wurden Impfungen durchgeführt. Obwohl am Ort der Gemeinschaftspraxis auch eine Kinderärztin tätig ist, führten die Ärzte der Kooperative auch bei Säuglingen Impfungen durch.

8.4. Chirurgische Leistungen

Zur Aufgabe des praktischen Arztes zählt auch die Beteiligung an der Unfallversorgung.

Chirurgische Maßnahmen wurden in beiden Praxen registriert. Dabei entfernte der Einzelarzt relativ häufig Augenfremdkörper. Besonders in ländlichen Gebieten, in denen wenig Ophthalmologen niedergelassen sind, muß der Allgemeinarzt mit einer solchen Behandlung vertraut sein. Falls der Praktiker dazu nicht in der Lage ist, wird von ihm zumindest eine ausreichende Erstversorgung erwartet.

In Gemeinschaftspraxen können die Wundversorgungen von vorwiegend chirurgisch ausgebildeten Ärzten übernommen werden, wodurch gleichzeitig eine bessere Patientenbehandlung erreicht wird.

8.5. Beratung in nichtmedizinischen Problemen

Dieser Punkt wurde in der Einzelpraxis häufiger registriert. Der Arzt der Praxis W setzte sich dabei insbesondere für die Versorgung älterer Menschen ein. So konnte er zwei über 80 Jahre alte Patientinnen einer Betreuung zuführen. Vorher erging eine Räumungsklage an die beiden alten Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen konnten. Auch eine Behörde konnten sie wegen körperlicher Gebrechen nicht aufsuchen. In diesem Fall war der Hausarzt tatsächlich die einzige Person, die sich für eine Lösung einsetzte. Um den Patienten helfen zu können, muß der Allgemeinarzt über mögliche Hilfen unterrichtet sein. "Oft kann die rechtzeitige und richtige Einschaltung sozialer, karitativer Instanzen helfen, körperliche und soziale Not des Patienten zu verhindern." [36]

8.6. Beratung in medizinischen Problemen

Die Beratung ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinärztlichen Tätigkeit. Folgende Themenkreise stehen dabei im Vordergrund:

a.) Aufklärung über die bestehende Krankheit, deren Ursache und Erscheinungsformen.
b.) Notwendige diagnostische Maßnahmen, Hinweis auf eventuelle Untersuchungen beim Facharzt.
c.) Therapieplan mit Erklärungen zu den verordneten Arzneimitteln.
d.) Zusätzlich unterstützende Maßnahmen, wie Änderung der Verhaltensweisen und Arbeitsplatzwechsel.
e.) Familienberatung
f.) Beratung in speziellen Gesundheitsfragen.

In beiden Praxen wurden die Patienten über die oben aufgeführten Punkte aufgeklärt, wobei die Gewichtung jedoch unterschiedlich war.

In der Gemeinschaftspraxis sprachen die Ärzte dreimal so häufig über die Entstehung der Krankheit. Annnähernd gleich war in beiden Praxen dagegen der Prozentsatz von Kranken, die über bisherige Untersuchungsergebnisse aufgeklärt wurden. Wesentlich häufiger als der Einzelarzt gaben die Gemeinschaftsärzte Hinweise auf regelmäßig notwendige Untersuchungen.Ebenso war dies der Fall bei der Aufklärung über die Wirkung von Medikamenten.
Eine Begründung für die genannten Unterschiede ergibt sich durch die chronische Behandlung der meisten in der Einzelpraxis betreuten Patienten. Bei diesen Kranken wurden bereits mehrere Beratungen zu den oben erwähnten Themen durchgeführt. In den weiteren Gesprächen werden lediglich aktuelle Änderungen erörtert, die sich aus Diagnose oder Therapie ergeben. Dagegen sind Erläuterungen zum Krankheitsbild des

seit längerem in Behandlung stehenden Patienten nur noch selten. Dies gilt auch für die Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten, da diese in den meisten Fällen weiterverordnet werden. Wichtig bleibt dagegen die Erläuterung der Untersuchungsergebnisse. Interessant ist, daß die Gemeinschaftsärzte häufiger auf regelmäßig notwendige Kontrollen hinwiesen. Da aber auch viele Patienten zu solchen Untersuchungen in die Einzelpraxis kamen, ist anzunehmen, daß der Arzt der Praxis W die Kranken bereits mehrfach über die Wichtigkeit der regelmäßigen Kontrollen von Risikofaktoren aufgeklärt hat.

Obwohl die Arzt-Patienten-Kontakte in der Einzelpraxis kürzer waren als in der Gemeinschaftspraxis, entstand auch in dieser Praxis nicht der Eindruck einer mangelnden Beratung. Es ist daher anzunehmen, daß der Allgemeinarzt die auftretenden Gesundheitsstörungen und die damit verbundenen medizinischen Probleme in mehreren Gesprächen behandelt. Die Beratung ist dann effektiv, wenn eine längere Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten vorliegt, bzw. angestrebt wird.

Wie oben ausgeführt, ist die Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten Bestandteil der allgemeinärztlichen Beratung. Häufig müssen die Patienten darauf aufmerksam gemacht werden, bestimmte Arzneimittel nicht einzunehmen. In beiden Praxen erklärten die Ärzte, daß die langfristige Einnahme von Laxantien und Analgetika mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Auch die auftretenden Arzneimittel-Interaktionen wurden erwähnt.

Wichtig ist ferner die Beratung über notwendige Änderungen von Verhaltensweisen. Die Patienten erfahren in mehreren Gesprächen, welche Risiken mit Adipositas, Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinabusus verbunden sein können. Auf die Bedeutung dieser Faktoren wurde bereits in Punkt 7.2. hin-

gewiesen.
Da in beiden Praxen auch Diabetiker registriert wurden, soll die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Betreuung dieser Patienten aufgezeigt werden. Gerade diese Kranke müssen immer wieder motiviert werden, damit sie die Diät richtig einhalten und auch die sonstigen therapeutischen Maßnahmen durchführen. Daneben ist die Hilfe bei sozialmedizinischen Problemen wichtig. I44I
Beratungen zu Ernährungsweisen gewinnen in Zukunft im Hinblick auf die Entstehung bösartiger Erkrankungen möglicherweise weitere Bedeutung. So ist das Kolonkarzinom in Ländern mit hohem Fett- und Zuckeranteil an der Kost, gleichzeitig schlackenarmer Nahrung häufiger anzutreffen als in Gegenden, in denen zellulose- und schlackenreiche Kost eingenommen wird. I21I Der Allgemeinarzt ist bei der Erörterung dieser Probleme auf die Erkenntnisse der Wissenschaft angewiesen. Gleichwohl kann er in der Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielen. Die Patienten werden durch die Massenmedien teilweise informiert. Häufig bleiben dabei jedoch Fragen, die nicht gestellt werden können, oder es werden Zusammenhänge nicht verstanden. Auch derartige Probleme werden dem praktischen Arzt vorgetragen. Um diese Fragen beantworten zu können, muß sich der Allgemeinarzt ständig fortbilden. Dabei kann er nicht das Wissen eines Spezialisten haben, jedoch das Basiswissen erwerben. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, daß die Ärzte beider Praxen Kurse über häusliche Krankenpflege abhielten.

Wenn die Patienten in die Sprechstunde kommen, suchen sie die Beratung in mehreren Problemen. In einer langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung können individuelle Ratschläge eher erteilt werden, da die Eigenarten des Kranken häufig erst durch mehrfache Kontakte aufgedeckt werden. Der Arzt kann dann ein Berater in psychischen, physischen und sozialen Fragen sein. I63I

In einer Gemeinschaftspraxis besteht ein Vorteil darin, daß die Ärzte mehr Möglichkeiten zur Fortbildung haben. Die Partner können sich auch gegenseitig über bestimmte Fragen informieren. Andererseits kann eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung dann gefährdet sein, wenn der Kranke nicht immer vom gleichen Arzt betreut wird.

C. Bedeutung für die Einschätzung der Arbeit des Allgemeinarztes

Die Tätigkeit des praktischen Arztes wird häufig unterbewertet. Zum Verständnis der allgemeinärztlichen Handlungsweise ist es notwendig, die Methoden der praktischen Medizin zu kennen.

Der größte Teil der vom Praktiker betreuten Patienten befindet sich in chronischer Behandlung. Damit bietet der Allgemeinarzt eine Langzeitmedizin. I40I Der seit längerer Zeit niedergelassene Arzt gewinnt Kenntnisse über die Biographie, die Familien- und Umweltproblematik seiner Kranken. "Diese Vorinformationen über den Patienten ermöglichen dem Allgemeinarzt rationelles und effektives Handeln, da er mit wenigen gezielten Untersuchungen zum Ziel kommt und dadurch Zeit und Kosten spart." I57I Bei den in Allgemeinpraxen registrierten Gesprächen muß besonders berücksichtigt werden, daß sich die vom Praktiker angewandte Diagnostik und Therapie nicht bei einem einzigen Besuch des Kranken entscheidet. Vielmehr ist der Krankheitsverlauf maßgebend. "Ziel der Allgemeinmedizin ist es, dem jeweiligen Zustand adäquate Methoden zu suchen und anzuwenden, die Diagnostik nur soweit zu treiben, wie sich Konsequenzen für die Therapie als dem eigentlichen Sinn ärztlichen Wirkens daraus ergeben." I18I Beim Vergleich des in verschiedenen Praxen gemessenen Zeitaufwandes pro Arzt-Patienten-Gespräch ist auch die Niederlassungszeit des Arztes zu beachten.
Die von einem länger praktizierenden Arzt getroffenen therapeutischen Maßnahmen sind ebenfalls unter dem Aspekt der Vorinformationen über den Patienten zu sehen. Außerdem kann der Allgemeinarzt die Erfolgsaussichten einer vorgeschlagenen Behandlung besser beurteilen, da er die Antwort des Kranken auf natürliche und ärztliche Einflüsse bereits erfahren hat. "Mit der Zunahme der Kenntnisse über die Vergangenheit der Patienten nimmt das allgemeinmedizinisch

Typische in der Arbeit des Arztes zu, steigt auch die Effektivität jeder Maßnahme - vom Pharmakon bis zum gesprochenen Wort." I18I

Die meisten Patienten können mit einfachen Methoden der Praxis versorgt werden. Der Praktiker muß seine Fähigkeiten und Grenzen kritisch einschätzen und Spezialisten dann einschalten, wenn seine Kompetenz überschritten ist. Dabei sollte der Allgemeinarzt in der Lage sein, den größten Teil der an ihn vermittelten Gesundheitsstörungen adäquat zu behandeln. I34I

Der soziale Wandel hat zu einer Veränderung im Krankengut der Allgemeinpraxis geführt. Viele Patienten leiden unter psychosomatischen Beschwerden, deren Ursachen zum Teil auch in den Lebensbedingungen liegen. Zudem betreut der Praktiker immer mehr alte Menschen, da sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung erhöht hat. In Hausbesuchen, von denen jeder Allgemeinarzt im 4. Quartal 1972 im Durchschnitt 477 ausführte I23I, lernt der Praktiker auch die Wohnverhältnisse kennen. "Wichtig erscheint, daß der Allgemeinpraktiker zum Anwalt seiner Patienten wird und seine Position nutzt, um pathogene soziale Noxen zu diagnostizieren."I60I "Damit wiederholt sich die Forderung Virchows, daß der Arzt quasi als Sozialpolitiker die Bedürfnisse seiner Patienten vertreten sollte." I60I

In der Allgemeinmedizin muß stets der ganze Mensch behandelt werden. Eine ausschließlich spezialärztliche Betreuung ist nicht möglich, da sie"lediglich Aspekte vielschichtiger Gesundheitsstörungen" I18I erfassen würde. Zum Beispiel hat das Ulcus cruris "einen dermatologischen, einen intern-angiologischen, einen orthopädischen, einen chirurgischen, einen physiotherapeutischen, einen psychologischen, einen hygienischen, einen verhaltenstherapeutischen und einen sozialen Aspekt." I18I

Eine wissenschaftliche Erforschung der Allgemeinmedizin ist notwendig, damit die Probleme dieses Faches auch an den Universitäten besser dargestellt werden können. Nur so kann

der Studienabgänger einen Einblick in die Durchschnittsfälle der Praxis gewinnen. I9I Daneben kann die Allgemeinmedizin in die Forschung über Entstehung und Verlauf von Volkskrankheiten einbezogen werden.

Der Allgemeinarzt ist schließlich für die Basisversorgung der Bevölkerung notwendig. Im Laufe des Jahres 1974 wurden in Kliniken zehn Millionen Kranke behandelt. Die niedergelassenen Ärzte betreuten im gleichen Zeitraum 220 Millionen Patienten, davon entfielen 150 Millionen Fälle auf die Praktiker.

Kapitel VII

ALLGEMEINE ZUSAMMENFASSUNG

1. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der allgemeinärztlichen Tätigkeit in einer gut eingeführten Einzelpraxis und einer erst seit einem Jahr bestehenden Gemeinschaftspraxis.

2. In der Einzelpraxis wurden 666 stattfindende Arzt-Patienten-Kontakte, in der Gemeinschaftspraxis 221 Gespräche registriert.

3. Die Ärzte beider Praxen betreuten Kranke aller Altersgruppen. Obwohl am Ort der Gemeinschaftspraxis eine Kinderärztin niedergelassen ist, wurden in der Kooperative auch Säuglinge und Kleinkinder behandelt.

4. In beiden ärztlichen Einrichtungen waren die Kranken zum überwiegenden Teil bereits bekannt. Durch die kürzere Niederlassungszeit ist die Zahl der neuen Patienten in der Gemeinschaftspraxis größer als in der Einzelpraxis.

5. In der länger bestehenden Einzelpraxis ist der größte Teil des Gespräches therapieorientiert, in der Gemeinschaftspraxis diagnoseorientiert. Dies ist eine Erklärung für den Unterschied im Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt.

6. Die Maßnahmen des länger praktizierenden Arztes sind vorwiegend therapeutisch geprägt. In einer Anlaufpraxis wird zunächst eine intensivere Diagnostik durchgeführt, die die Informationen für die Behandlung der meist chronischen Krankheit liefert.

7. Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Praxen bestand im Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Interaktion. Neben der Praxisform dürfte hierfür auch der Zeitraum der Niederlassung und die Organisation entscheidend sein.

8. Auch der lange praktizierende Arzt schaltet spezialisierte Kollegen ein, wenn seine Kompetenz überschritten ist. Aufgrund der verstärkten Diagnostik ist die Zahl der Überweisungen in Anlaufpraxen wahrscheinlich größer.

9. Die diagnostischen Maßnahmen des praktischen Arztes richten sich nach dem Verlauf der Erkrankung. Weitere Untersuchungen werden meist erst dann durchgeführt, wenn Komplikationen auftreten.

10. In der Allgemeinpraxis dominiert die Langzeitdiagnostik. Im Gegensatz zur spezialisierten Medizin werden Apparate nur selten und gezielt eingesetzt.

11. Die Beschreibung der Krankheitsbilder erfolgt meist durch Zuordnung zu Symptomen und Symptomgruppen. Nicht in jedem Fall ist die Diagnostik des praktischen Arztes so exakt, daß klar definierte Krankheitsbezeichnungen resultieren.

12. Durch den Einsatz vorwiegend einfacher Mittel ist die Allgemeinmedizin kostensparend.

13. Zur adäquaten Behandlung der Patienten gehört auch ein funktionsfähiges Labor des Allgemeinarztes.

14. Eine wichtige Aufgabe des praktischen Arztes ist die Früherkennung von Stoffwechselstörungen und Krebserkrankungen. Dies erfordert jedoch die Aneignung sicherer Untersuchungstechniken.

15. Die therapeutischen Maßnahmen bestehen vorwiegend in der Beratung und in der Verabreichung von Medikamenten.

16. Der praktische Arzt berät auch in sozialen Fragen. Einen Vorteil bei der Bewältigung der sozialhygienischen Aufgaben hat der länger tätige Arzt. Positiv wirkt sich außerdem eine stabile Beziehung zwischen Arzt und Pati-

enten aus.

17. Die Beratung in medizinischen Problemen setzt sich in der Allgemeinpraxis aus mehreren Gesprächen zusammen, wobei gleichzeitig aktuelle Änderungen berücksichtigt werden.

18. Bei mehrmaligen Besuchen ist eine befriedigende Beratung auch bei einer kurzen Dauer der einzelnen Gespräche erreichbar.

19. Die Langzeitpatienten werden bei den ersten Besuchen meist über die Entstehung der Erkankung aufgeklärt. Auch die Besprechung der Medikamente ist dabei wichtig. Bei längerer Zusammenarbeit treten diese Punkte in den Hintergrund. Es erfolgt dann vorwiegend die Erörterung der aktuellen Untersuchungsergebnisse und die wiederholte Beratung über notwendige Änderungen von Verhaltensweisen.

20. Obwohl in der Einzelpraxis kurze Gesprächszeiten gemessen wurden, enstand nicht der Eindruck einer mangelnden Beratung. In der Gemeinschaftspraxis waren die Erklärungen der Ärzte zu den verschiedenen medizinischen Themen ausführlicher. Auch hier ist der Zeitraum der Niederlassung zu berücksichtigen.

21. Der Allgemeinarzt kann in einer mehr prophylaktisch geprägten Medizin zusätzliche Aufgaben übernehmen, da er die häufigsten Kontakte mit den Patienten hat und Umweltbedingungen berücksichtigen kann.

22. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Praxen bestanden somit in der Zeitdauer pro Arzt-Patienten-Gespräch, der Häufigkeit der diagnostischen Maßnahmen und der Zahl der Überweisungen. Bei der Beratung in medizinischen Problemen war eine andere Gewichtung der einzelnen Themen festzustellen.

Es ist zu vermuten, daß die aufgezeigten Unterschiede sehr stark auch durch den Zeitraum der Niederlassung bedingt sind.

23. Allgemein liegen die Vorteile einer ärztlichen Kooperative gegenüber der Einzelpraxis darin, daß ein ärztliches Konsilium unmittelbar stattfinden kann, gemeinsam finanzierte Apparate eingesetzt werden und die Fortbildungsmöglichkeiten größer sind. Die Gemeinschaftsärzte können daher in Diagnose und Therapie größere Sicherheit gewinnen.

VIII. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 2.1-1 Häufigkeit der Besuche 57
Tabelle 2.1-2 Mehrfachbestellungen bei gleichem Behandlungsort 58
Tabelle 3.1-1 Altersverteilung der Patienten, - Gesamtmaterial - 60
Tabelle 3.1-2 Altersverteilung der Patienten, Aufteilung nach Geschlechtszugehörigkeit 61
Tabelle 3.2-1 Altersverteilung der Patienten, ohne Hausbesuche 63
Tabelle 3.2-2 Altersverteilung der Patienten, Aufteilung nach Geschlechtszugehörigkeit 64
Tabelle 3.3-1 Altersverteilung der Patienten, Hausbesuche 66
Tabelle 3.3-2 Altersverteilung der Patienten, Hausbesuche, Praxis W 65
Tabelle 4.1-1 Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt, Gesamtmaterial, ... 70
Tabelle 4.1-2 Vergleich des Zeitaufwandes der Ärzte in der Praxis M/U 50
Tabelle 4.2-1 Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt,ohne Hausbesuche, ... 71
Tabelle 4.3-1 Zeitaufwand pro Arzt-Patienten-Kontakt, Hausbesuche, ... 72
Tabelle 4.4-1 Gesprächszeiten bei unterschiedlicher Häufigkeit der Besuche, Praxis W, ... 41
Tabelle 5.1-1 Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen 77
Tabelle 6.2-1 Diagnostische Leistungen:Untersuchungsmethoden 80
Tabelle 6.4-1 Aufgliederung der Überweisungen nach dem Grund der Konsultation 82
Tabelle 6.4-2 Aufgliederung der Überweisungen nach Fachgebieten 83

Tabelle 7.1-1 Dauerdiagnosen der im Beobachtungszeitraum registrierten Patienten ... 86
Tabelle 8.1-1 Arzt-Patienten-Kontakte mit rein therapeutischen Maßnahmen 90
Tabelle 8.8-1 Beratung in medizinischen Problemen 93

Abbildungen

Kapitel IV Material und Methode: Erhebungsbogen ... 34
Kapitel V Ergebnisse: Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen 76

IX. Literaturverzeichnis

1 AHRENS, S.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Arzt-Patienten-Interaktion in der Allgemeinmedizin. I. Gesprächszeiten bei Erstberatung. Prakt. Arzt 13 (1976) 403 - 410.

2 AHRENS, S.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Arzt-Patienten-Interaktion in der Allgemeinmedizin. II. Gesprächszeiten bei Beratungen von Langzeitpatienten. Prakt. Arzt 13 (1976) 703 - 709.

3 BALINT, M., J. HUNT, D. JOYCE, M. MARINKER, J. WOODCOCK: Das Wiederholungsrezept, Klett, Stuttgart 1975.

4 BRANDLMEIER, P.(Hrsg.): Die Allgemeinpraxis, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1974.

5 BRANDLMEIER, P.: Es führt kein Weg am Praktischen Arzt vorbei. Der Praktische Arzt 6 (1977) 935 - 936.

6 BRAUN, R.N.: Die gezielte Diagnostik in der Praxis, Schattauer, Stuttgart 1957.

7 BRAUN, R.N., G. TUTSCH.: Klinisch-Internistische Diagnostik - Diagnostik in der Allgemeinpraxis. Münchener Medizinische Wochenschrift 23 (1968) 1429 - 1434.

8 BRAUN, R.N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1970.

9 BRAUN, R.N.: Wozu Praxisforschung? Ärztliche Praxis 5 (1970) 258 - 260.

10 BRAUN, R.N.: Möglichkeiten einer Aussage über die Tätigkeit des praktischen Arztes. Der Praktische Arzt 275 (1970) 331 - 343.

11 BRAUN, R.N.: Die intuitive allgemein-praktische Diagnostik in ihren Beziehungen zur modernen Forschung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 12 (1970) 605 - 612.

12 BRAUN, R.N.: Methoden der Allgemeinmedizin einschließlich der Begriffe und der diagnostisch-therapeutischen Strategien. Der Praktische Arzt 18 (1976) 3433 - 3448.

13 BERENDSEN, C., C.H. PAHNKE.: Ergebnisse einer Umfrage bei Allgemeinärzten nach der Niederlassung. Schleswig-Holst. Ärzteblatt 2 (1973) 51 - 54.

14 DAUMANN, R., CHR. BUCHALLIK: Der ärztliche Hausbesuch - wichtiger Bestandteil der Arbeit des Facharztes für Allgemeinmedizin. Dtsch. Ges. wesen 27 (1972) 2452 - 2455.

15 DOKTER, H.J.: Bedeutung der Medizin des Hausarztes (Allgemeinmedizin) in der ärztlichen Ausbildung. Schweiz. Rundschau Med. 65 (1976) 376 - 381.

16 DRAPER, P., H.L. SMITS: The primary-care practitioner - specialist or jack-of-all-trades. N. Engl. J. Med. 293 (1975) 903 - 907.

17 ENKE, H., E. ENKE-FERCHLAND, B. MALZAHN, H. POHLMEIER, G.-W. SPEIERER, J. v. TROSCHKE: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie, 2. Aufl. Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1974.

18 GÄRTNER, J.K.: Was ist Allgemeinmedizin? Allgemeinmedizin international 2 (1978) 61 - 64.

19 GEIGER, F.: Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in der Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 34 (1970) 1707 - 1719.

20 GOEPEL, H.: Zur Frage einer Regelmäßigkeit der Fälleverteilung in der Allgemeinpraxis - Eine vergleichende Untersuchung. Berliner Jahrbuch für ärztliche Fortbildung 1972 231 - 240.

21 GROSS, R., P. SCHÖLMERICH (Hrsg.): Lehrbuch der Inneren Medizin, 5. Aufl. Schattauer, Stuttgart - New York 1977.

22 HAMM, H.: Der Leistungsumfang in der allgemeinärztlichen Praxis aus statistischer Sicht. Hamburger Ärzteblatt 4 (1974).

23 HAMM, H.: Allgemeinmedizin, Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, Thieme, Stuttgart 1975.

24 HAEUSSLER, S.: Die Beratungsursachen in der Allgemeinpraxis. Dtsch. Ärzteblatt 5 (1967) 241.

25 HAEUSSLER, S.: Die Anamnese in der Allgemeinpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 7 (1975) 296 - 299.

26 HELLER, G.: Geriatrie und Hausarzt. Ärztliche Praxis 96 (1970) 5329.

27 HELLER, G.: Die Bedeutung der Prophylaxe und Praenotion in der Allgemeinpraxis von morgen. Die Heilkunst 8 (1972).

28 HELLER, G.: Funktion der Allgemeinpraxis im Zeitalter der Spezialisierung. Österr. Ärztezeitung 15/16 (1973) 872 - 874.

29 HELLER, G.: Gezielte Suche nach Risikofaktoren ist effizienter. Allgemeinmedizin international 2 (1974) 61 - 64.

30 HENKELMANN, TH.: Krankheit und Kranksein im Spiegel der Sprache. Arzt und Krankenhaus 4 (1979) 125 - 131.

31 HERTEL, G.: Der ärztliche Zeitaufwand, Ärztliche Praxis 12 (1960) 1762 - 1763.

32 HERWIG, E.: Krankheitsfrüherkennung Krebs, Frauen und Männer, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1975.

33 HOLZNER, J.H.: Bedeutung der Risikogruppen für die Vorsorgemedizin. Österr. Ärztezeitung 28 (1973) 1369 - 1370.

34 JANNINGS, CH.J.: "Where have all the doctors gone?" Ill. Med. J. 5 (1973) 493 - 494.

35 KLAUS, D.(Hrsg.): Kardiologie, Hypertonie, 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1979.

36 KLIMM, H.D.: Der alte und alternde Mensch in der Allgemeinpraxis. Der Praktische Arzt 2(1977) 258-262.

37 KOSANKE, B., J.v. TROSCHKE: Die ärztliche Gruppenpraxis, 2. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1978.

38 KRAUSE-BREWER, F.: Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient. Therapiewoche 35 (1978) 6168 - 6170.

39 LIEBOLD, R.: Formalitäten vor der Niederlassung, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1976.

40 MARKS, J.H.: The Family Practitioner Services- future possibilities. Royal Society of Health Journal 5 (1972) 231 - 235.

41 MEHNERT, H.: Frühdiagnose und Stoffwechselkontrollen als Grundlage einer erfolgreichen Diabetesbehandlung. Lebensversicherungsmed. 6 (1978) 132 - 137.

42 MEYER, W.: Ist die Allgemeinmedizin attraktiv? Gentner, Stuttgart 1971.

43 MOEHR, J.R., K.D. HAEHN (Hrsg.): Verdenstudie, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1977.

44 PETZOLDT, R.: Das Umfeld des Diabetikers:Ärztliche Hilfen bei sozialmedizinischen Problemen. Therapiewoche 36 (1978) 6400.

45 ROESSLER, D.: Erwartungen an den Geist der Medizin. Arzt und Krankenhaus 4 (1979) 115 - 116.

46 SCHIPPERGES, H.: Die vergessenen Dienst am kranken Menschen. Arzt und Krankenhaus 4 (1979) 145 - 148.

47 SCHLIERF, G.: Möglichkeiten für Prophylaxe und Therapie der Arteriosklerose. Internist 11 (1978) 632 - 635.

48 SCHLINGENSIEPEN, F.: Ein offenes Ohr für den Patienten. Arzt und Krankenhaus 4 (1979) 140 - 141.

49 SCHMITZ-FORMES, J.: Die ärztliche Gruppenpraxis - ein internationales Problem. Deutsches Ärzteblatt 23 (1970) 1888 - 1898.

50 SCHROEMBGENS, H.H.: Das Problematische im Einfachen. Therapiewoche 33 (1974) 3425.

51 SCHROEMBGENS, H.H.: Diagnostik in der allgemeinärztlichen Praxis. Therapiewoche 1 (1971) 65.

52 Staudte,H.W.: Die orthopädische Diagnostik beim lumbosakralen Schmerz. Therapiewoche 31 (1978) 5623 - 5644.

53 STURM, E.: Einführung in die Allgemeinmedizin, Teil I, Straube, Erlangen 1969.

54 STURM, E.: Was ist Allgemeinmedizin? Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 37 (1969) 2529 - 2532.

55 STURM, E.: Die Bedeutung des Labors für den Allgemeinarzt. Der Praktische Arzt 6 (1976) 284 - 286.

56 STURM, E.: Die Niederlassung als Allgemeinarzt, 2. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1978.

57 STURM, E.: Der Vorgang der ärztlichen Hilfe. Allgemeinmedizin international 2 (1978) 69 - 72.

58 TEUT, A., G. NEDELJKOV: Die Gruppenpraxis,Bertelsmann,Düsseldorf 1973.

59 TOENIES, H.: Entwicklungsprobleme einer jungen Allgemeinpraxis. Österr. Ärztezeitung 13/14 (1976) 864 - 866.

60 v. TROSCHKE, J.: Sozialmedizinische Aspekte der Allgemeinpraxis. Diagnostik 11 (1973) 539 - 543.

61 v. TROSCHKE, J.: Gruppenpraxen in den USA, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich 1975.

62 WALDER, R.: Sinnvolle Labordiagnostik des niedergelassenen Arztes. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 12 (1975) 558 - 568.

63 WOLFE, S., R.F. BADGLEY: The Family Doctor. Milbank Mem. Fund. Q. 2 (1972) 1 - 201.

Herrn Professor Dr. L. Maiwald
danke ich für die Überlassung
des Themas und seine freundliche
Unterstützung.

Lebenslauf

Am 5.9.1953 wurde ich, Günter Bedenk, als Sohn der Hausfrau Auguste Bader, geb. Bedenk, in Knetzgau geboren.

Nach einer Lehre als Großhandelskaufmann und dem Besuch der Berufsaufbauschule, erhielt ich am 22.6.1974 das Zeugnis der Reife am Bayernkolleg in Schweinfurt. Im Wintersemester des gleichen Jahres immatrikulierte ich mich an der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg.

Die Ärztliche Vorprüfung bestand ich am 27.8.1976, den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 26.8.1977. Am 21.8.1979 legte ich den Zweiten Abschnitt ab. Den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bestand ich am 7.10.1980, den mündlichen am 23.10.1980.

Würzburg, den 3.11.1980

Günter Bedenk